



П.Б. Ганнушкин

Труды клиники на девичьем поле

Предисловие

В настоящее время — когда специальных журналов очень немного, да и те по недостатку места не располагают возможностью своевременно печатать предлагаемый им материал — отдельным учреждениям приходится делать усилия, чтобы самим публиковать свои работы. Психиатрические учреждения имеют на это особенное право, ибо целый ряд крайне важных и современных вопросов клинической психиатрии требует для своего решения большого и систематически подобранного клинического материала, что делает содержащий подобный материал статьи слишком громоздкими для журналов. Для клинической психиатрии еще не миновало время собирания и публикации хотя бы и сырого, но тщательно выбранного материала. Некоторые из печатаемых в сборнике работ заключают именно клинический материал, к сожалению, появляющийся с значительным опозданием.

Говорить — в связи с печатанием нашего сборника — об общем направлении нашей клинической работы считаю излишним и, пожалуй, несвоевременным. Наша клиника придерживается взглядов Краепелина; в качестве оговорки прибавлю, — постольку, поскольку Краепелин является не только клиницистом-психологом, но и клиницистом-биологом. Новые клинико—психологические данные (Jaspers, Birnbaum, Kretsehmer) не противоречат, а лишь расширяют доктрину Краепелина, но наряду с этим, при оценке клинической казуистики должны быть приняты во внимание все новые биологические достижения (новейшая патологическая анатомия, генеалогия, конституциональная патология,

эндокринология, биохимия); наконец, и социальный фактор (проблема ситуации в широком смысле слова) должен занять надлежащее место психиатрической клинике. Считаю неуместным говорить здесь о направлении и заданиях клиники, тем более, что печатаемым в сборнике материалом, конечно, не исчерпывается работа учреждения; ряд работ по принципиальным вопросам психиатрии (психогении, психопатические конституции и др.) был напечатан в других журналах и изданиях (русских и иностранных), поскольку эти последние были в состоянии их напечатать.

П. Ганнушкин.

17. VIII 24.

***О навязчивых явлениях при
шизофрении.***

**Труды клиники на
девичьем поле**

П.Б. Ганнушкин

Большой и сложный вопрос о навязчивых явлениях, несмотря на целый ряд блестящих исследований как старых, так и новых авторов еще очень и очень далек от окончательного своего разрешения. Отдельные авторы единодушны, пожалуй, только в определении самого понятия навязчивых явлений и, наоборот, далеко расходятся во взглядах на их происхождение. До сих пор остаются невыясненными те механизмы, которые вызывают к жизни навязчивые явления, равно как неясным является и то, следует ли говорить только об одном способе их возникновения, или же необходимо допустить возможность существования нескольких различных; неясно также, являются ли, например, навязчивые представления при шизофрении феноменами того же самого порядка, что и навязчивые представления у психастеников, или же они, обладая только внешним сходством со вторыми, оказываются при внимательном рассмотрении принадлежащими к совсем другой группе психопатологических явлений. Для того, чтобы выйти постепенно из всех тех тупиков, в которые приводит нас изучение навязчивых явлений, необходимо, думается нам, с самого начала встать на путь клинической разработки вопроса, изучать навязчивые явления в тесной связи с той почвой, на которой они произрастают.

Предлагаемая вниманию читателя работа является продуктом почти 2-летнего клинического изучения навязчивых явлений, наблюдавшихся у несомненных шизофреников в той или иной стадии болезненного процесса. Мы подвергнем в ней критическому рассмотрению только тот клинический материал, в котором шизофрения вызвала к жизни не отмечавшиеся раньше навязчивые явления, и совершенно не будем касаться тех Случаев, в которых шизофренический процесс присоединился к существовавшей уже раньше психастении; интересующихся же этим последним вопросом мы отсылаем к

опубликованным в недавнее время работам Pilez'a ¹⁾ и Legewie ²⁾.

Думается, что будет нелишним предпослать описанию и разбору наших случаев хотя бы краткий очерк истории развития вопроса о навязчивых явлениях при шизофрении. Еще в 1890г. Сербский ³⁾ указывал на то, что многие движения кататоников, описываемые под названием навязчивых, являются на самом деле стереотипиями, а потому совершенно неправильно рассматриваются в рубрике навязчивых явлений; он отмечал, что стереотипии, в отличие от настоящих навязчивых движений, вряд ли сознаются больными как нечто чуждое их сознанию. Далее, в 1902 г. проф. Ганнушкин и Суханов ⁴⁾ описали в совместной работе 5 случаев ясно выраженного симптомокомплекса навязчивых идей, где дело раньше или позже кончалось типичным для шизофрении слабоумием; авторы тогда же высказали ту мысль, что клиническое изучение подобных случаев может вскрыть некоторые особенности в течении и проявлении симптомокомплекса навязчивых идей, а это, в свою очередь, даст правильную точку опоры для распознавания основной болезни. Несколько раньше Christian ⁵⁾ в своей статье «Demence precoce chez les jeunes gens» указывал на то, что в пеструю клиническую картину раннего слабоумия могут входить и навязчивые мысли. Впервые в 1905 г. Суханов ⁶⁾ в своем руководстве душевных болезней подробно остановился на дифференциальной диагностике между psychosis ideo-obsessiva и dementia praecox с синдромом навязчивых идей. Он отметил, что главный диагностический признак при разграничении этих двух заболеваний заключается в наличии проявлений психического распада, что всегда в большей или меньшей степени имеет свое место при dementia praecox, в то время, как при psychosis ideo-obsessiva личность, как правило, остается все время вполне сохранной. Интересно отметить здесь, что новые авторы, говоря о дифференциальной диагностике между шизофренией и неврозом навязчивости, не прибавляют решительно ничего нового к тому, что уже на много лет раньше было отмечено Сухановым. В 1911 г. Bleuler ⁷⁾ в своей монографии о шизофрении уделил довольно много внимания проявлениям навязчивости, отметив, что большая часть неблагоприятно протекающих форм навязчивых состояний, несомненно, относится к шизофрении. В том же 1911 г. Constanza Pascal ⁸⁾, издавшая небольшую монографию о Dementia praecox, выделила из числа продромальных картин раннего слабоумия особую форму — психастеническую, к явлениям которой лишь впоследствии присоединяются характерные признаки основной болезни, затушевывая первоначальные навязчивые симптомы. Наконец, за последние 15 лет появился целый ряд литературных сообщений, в которых различные авторы приводе ли свои наблюдения над шизофрениками, обнаружившими в начальных стадиях болезненного процесса те или иные навязчивые состояния.

Здесь можно сослаться хотя бы на работы Hasche-Klunder'a ⁹⁾, Schwarz'a ¹⁰⁾ и Urstein'a ¹¹⁾, доказавших для шизофреников возможность таких навязчивых симптомов, по отношению к которым имеется полное сознание их нелепости и чуждости.

Казалось бы, что этими наблюдениями вопрос о настоящих навязчивых явлениях при шизофрении разрешен в положительном смысле. И тем не менее, такой авторитетный исследователь, как Bumke ¹²⁾, еще совсем недавно высказал ту мысль, что, возможно, у шизофреников и не бывает настоящих навязчивых явлений, и что это — только стереотипии, поразительно в отдельных случаях имитирующие как своей формой, так и отношением к ним со стороны больных картину проявлений настоящей навязчивости. Таким образом, Bumke, возвращаясь к тому, что еще за 30 лет до него, приблизительно в том же виде, было высказано Сербским, оставляет вопрос о возможности настоящих навязчивых явлений при шизофрении совершенно открытым. Правда, несколько позже Kurt Schneider ¹³⁾ высказался за разрешение того же самого вопроса в положительном смысле; но здесь необходимо отметить, что для доказательства правоты своего взгляда он ссылается на наблюдения Hasche-Klunder'a и Schwarz'a, которые были опубликованы за несколько лет до Bumke и которые вряд ли могли остаться неизвестными последнему.

Из только что приведенного обзора литературы видно, как мало, несмотря на почти 35-летнюю давность, подвинулся вперед по пути своего разрешения вопрос о навязчивых явлениях при шизофрении. Частота возникновения этих феноменов расценивается отдельными авторами также далеко неодинаково. Старые авторы указывают на исключительность их выявления, в то время как новые считают их далеко нередкими. Это разногласие объясняется, конечно, углублением наших познаний в области шизофренических процессов и связанным с ним уточнением диагностики за последнее время.

Обратимся теперь к рассмотрению наших случаев и попытаемся на них, сколько это нам удастся, подойти к разрешению интересующего нас вопроса; из имеющихся в нашем распоряжении 10 клинически — прослеженных случаев мы остановились на четырех таких, в которых наблюдались ясно выраженные навязчивые явления в смысле Westphal'a, т. е. с полным сознанием их болезненности и чуждости.

Случай I. Больной М., 30 лет, русский, бывший офицер, холостой, поступил в клинику 4 декабря 1922 года, выписался 19 февраля 1923 года. Клинический диагноз — Schizophrenia.

Отец — холодный резонер, очень деспотичный. Мать умерла от легочного тбс, отличалась мнительностью. Дед по отцу заболел в

преклонном возрасте психически, умер душевнобольным. Дед по матери был очень мнительным. Бабка по матери имела сварливый, неуживчивый характер. Старший дядя по отцу пил запоями. Тетка по отцу заболела в преклонном возрасте психически, умерла в психиатрической больнице. Другая тетка по отцу страдала эпилепсией. Младший дядя по отцу подозрительный, мнительный. Тетка по матери перенесла в молодости шизофренический процесс.

Сам больной отличался постоянно замкнутостью и нерешительностью; особых интересов никогда ни к чему не проявлял, оставался всегда поразительно безучастным к чужому горю. Каких-либо навязчивых явлений до начала заболевания не обнаруживал. Учение давалось нетрудно, окончил в 18-летнем возрасте гимназию с серебряной медалью. По окончании гимназии долго колебался в выборе факультета, затем поступил на естественное отделение, откуда скоро перевелся на математическое, где и оставался в течение 8 лет, до призыва на военную службу. Занимался в университете удовлетворительно, хотя и не интересовался совершенно преподаваемыми там науками. С 21 года и до самого последнего времени — на военной службе, занимает все время тыловые должности, проявляет большую изворотливость в деле освобождения от фронта, с возложенными на него обязанностями справляется вполне успешно. 26 лет переносит гоноррею. Настоящее заболевание начало развиваться с 10-х чисел мая 1922 г. Его развитию предшествовало несколько приступов малярии, от которой больной упорно лечился. Сделался тоскливым и тревожным; стал жаловаться на неприятные ощущения в области позвоночника и сердца; появилась не отмечавшаяся раньше болтливость — всем подробно рассказывал о своем болезненном состоянии, считал, что вызвано оно отравлением, хинином, которым он лечился от малярии, начал высказывать различные фобии — страх сойти с ума, боязнь полового бессилия, страх закрытых помещений и вместе с тем боязнь открытых пространств, страх, что не узнает знакомых мест, сделался раздражительным, постоянно ссорился с отцом, появились истероидные припадки; говорил, что потерял самого себя, что мир как-то отошел от него; сделался чрезвычайно внушаемым — под влиянием бесед с окружающими стал считать за причину своего страдания сначала плохо леченную гоноррею, затем мастурбацию, которой он предавался в детстве, и, наконец, якобы имевшийся у него легочный тбс. Дважды поступал в военный санаторий и каждый раз не получал от пребывания там никакого облегчения. 4 декабря 1922 г. больной поступил в клинику. За время пребывания в клинике удалось установить следующее: больной с ясным сознанием, охотно каждый раз беседует с врачом, много резонерствует; эмоционально туп; большую часть дня проводит в постели, отказывается от работы, так как боится, что она повредит ходу его выздоровления; круг

интересов представляется крайне суженным — все мысли сосредоточены исключительно около заболевания; жалуется на то, что поглупел, что мозг сделался каким-то деревянным, что психика распалась на несколько частей, что он уже больше не в состоянии управлять ею и что нет ни к чему интереса. Фобии, отмечавшиеся в начале заболевания, постепенно бледнели и приблизительно за месяц до поступления в клинику совершенно оставили его. Больной рассказывает о них с должной критикой, считает их несомненно болезненными. Каких-либо галлюцинаций и бредовых идей не отмечается. Тип сложения атлетический. Жалобы на ощущение физической разбитости, зябкость и боли в пояснице. Частые поллюции в кошмарные сны. Реакция Abderhalden'a в крови дала положительные результаты с щитовидной и с половыми железами. В остальном соматически здоров. Прделан курс инъекций молока (15 инъекций). К концу своего пребывания в клинике больной сделался несколько живее, довольно много работал в переплетной мастерской. Выписался 19 февраля 1923 г. с некоторым улучшением.

Катамнез. По выходе из клиники больной в течение года продолжал оставаться под нашим наблюдением. Пытался устроиться на легкую службу, но начатых хлопот ни разу до конца не доводил. Оборудовал дома переплетную мастерскую, но работал в ней крайне беспорядочно — проводил иногда за работой круглые сутки без сна, иногда же по несколько дней оставался без всякого дела в постели. Кроме переплетания книг ничем другим не занимался. Был крайне неряшлив, не обращал никакого внимания на свою внешность, почти не выходил из дома. К концу 1923 г. наступило резкое ухудшение — появились слуховые галлюцинации, больной начал отказываться от еды, говорил, что еда может каким-то образом повредить ему, по несколько часов застывал в однообразной позе, совершенно не реагируя на окружающее; уже ничем не занимался, сам просил отправить его в психиатрическую больницу.

Клиническая интерпретация приведенного случая не представляет никаких затруднений. Мы имеем перед собою 30-летнего пациента, с большим наследственным отягощением, проявлявшего до начала заболевания резкие шизоидные черты своего характера. Интересно отметить здесь, что всегда в своем поведении он обнаруживал некоторую нерешительность, столь свойственную людям, наделенным так называемым психастеническим характером. В 30-летнем возрасте развивается душевное заболевание, наносящее большой ущерб его личности. Прогредиентность страдания говорит нам за несомненный процесс, при чем вся клиническая картина полностью укладывается в рамки процесса шизофренического. За шизофрению вам говорят и аффективная тупость, и слуховые галлюцинации, и ряд кататонических симптомов в виде отказов от пищи, мутизма, застывания в одной позе. Для подтверждения

диагноза можно, правда с некоторой оговоркой, сослаться и на результаты реакции Abderhalden'a. Отметим здесь, что в начале заболевания пациент был очень тосклив и тревожен, и что его фобии держались только около 7 месяцев, а затем бесследно исчезли.

Случай II. Больной Э., 45 лет, еврей, врач, женатый, поступил 4 февраля 1924 г., выписался 15 марта 1924 г. Клинический диагноз — Schizophrenia.

Отец—врач по профессии, неуживчивый, деспотичный. Мать — очень нервная, расстраивалась и плакала из-за каждого пустяка. Двоюродная бабушка со стороны отца умерла в психиатрической больнице. Тетка со стороны отца — умственно отсталая, неуживчивая, сварливая. Старшая сестра умерла в психиатрической больнице, страдала шизофренией. 2-я сестра — неустойчивая психопатка. 3-й брат — талантливый музыкант, неуживчивый, мнительный. 4-й брат — профессор математики, грубый, заносчивый. 9-й брат — художник, сварливый. 10-я сестра — глубокая психопатка; отмечались истероидные припадки. Сам больной всегда был человеком необщительным, трусливым, безличным, беспомощным и черствым. Никакая работа не интересовала его; постоянно говорил, что с большим удовольствием не работал бы вовсе, служил только по настоянию своей жены. Ребенком был мнительным. До 15-летнего возраста учился хорошо, живо интересовался преподаваемыми в гимназии предметами, много читал. С 15 лет наметился упадок работоспособности, пропал интерес к учебной работе, появились частые головные боли и резко выраженная утомляемость. Всегда малообщительный, тогда почти совсем отошел от людей. Сделался тревожным, нерешительным. Упадок работоспособности ставил в связь с усиленной мастурбацией. С трудом кончил гимназию, поступил по настоянию отца на медицинский факультет. К медицине, особенно практической, чувствовал только отвращение. В студенческой среде держался совершенно изолированно, считался большим чудаком. Учился с трудом. По окончании факультета часто менял служебные места, так как одна и та же работа быстро ему надоедала. Упадок работоспособности с годами постепенно нарастал, так что в 1922 г. больной был удален со службы, как никуда негодный сотрудник. Последний год с большим трудом работал на фельдшерском пункте. В начале 1924 г. принужден был совершенно отказаться от работы и 4 февраля 1924г. поступил в клинику. За время пребывания в клинике удалось установить следующее: больной с ясным сознанием очень назойлив, подолгу удерживает около себя врача, заявляет недовольство по поводу того, что на него, якобы, обращается слишком мало внимания; неряшлив; крадет продукты у других больных; раздражителен; ничем не занят; эмоционально туп; все его интересы сосредоточены исключительно около заболевания, проявляет

преувеличенные заботы о своем здоровье. Главное, на что жалуется больной, это — навязчивый страх, что газы, которыми всегда расперт его кишечник, могут настолько сдавить легкие, что он задохнется. Страх этот появился в начале 1917 г. после длительного запора; с тех пор больной постоянно страдает вздутием живота. Он вполне критически относится к своему страху, но никак не может избавиться от него. Пробовал принимать массу различных лекарств, делал массаж живота, но все это нисколько ему не помогало. Говорит больной об этом страхе с некоторой тревогой, которая резко диссонирует с общим фоном эмоциональной тупости. Рассказывает, что в 33-летнем возрасте у него был страх упустить в обществе мочу, по поводу которого он лечился в течение 2 месяцев в санатории. Страх этот, под влиянием психотерапевтического воздействия, прошел бесследно. Еще раньше в самом начале заболевания, которое больной относит к 15-летнему возрасту отмечались страх ответственности и навязчивое стремление следить за дыханием. Отмечается большая утомляемость; жалуется на плохую сообразительность и на ослабление памяти — может читать только легкую беллетристику. Галлюцинации и бредовые идеи отсутствуют. Спит плохо. Упорные головные боли. Тип сложения астенический. Со стороны соматики можно отметить постоянное вздутие живота и запоры; при пальпации прощупываются спастически сокращенные петли кишок. Состояние оставалось все время без перемен, и 15 марта 1924 г. он выписался без всякого улучшения.

При внимательном изучении данного случая мы также не встретимся с особыми диагностическими затруднениями. Из анамнеза видно, что в 15-летнем возрасте у нашего пациента начинается очень медленный, но все же совершенно несомненный, болезненный процесс, который наносит большой ущерб его личности. В самом деле, в настоящее время мы имеем перед собой субъекта, уже неспособного больше к привычному труду, лишенного каких-либо интересов, морально опустившегося, психика которого несет на себе отпечаток значительного эмоционального запустения. Описанная нами картина характерна, конечно, только для процессов шизофренических. Наличие психической деградации и аффективная тупость надежно защищают нас от смешения с теми конституциональными болезненными состояниями, которые обнаруживают в некоторых своих проявлениях сходство с заболеванием нашего пациента, а именно—с навязчивым неврозом и с конституциональной неврастенией. Отметим здесь, что после начала процесса в поведении больного стали замечаться нерешительность и тревожность, и что до заболевания он обнаруживал мнительность, свойственную обычно психастеникам.

Прежде, чем перейти к рассмотрению дальнейших случаев, нам

хотелось бы остановиться подробнее на только что описанных и попытаться на них уяснить себе те механизмы, которые вызвали к жизни навязчивые явления. И в том, и в другом случае, как это мы увидим ниже, действуют механизмы совершенно одинаковые, принципиально отличные от тех, которые имеют место в следующих случаях. Предварительно же коснемся вскользь современного состояния вопроса о той основе, на которой вырастают настоящие навязчивые явления вообще является безусловно доказанным, особенно благодаря работам Friedmann'a ¹⁴⁾, что возникновение навязчивых явлений находится в интимной связи с состоянием эмоциональной сферы, именно, с наличием в ней постоянного тревожного напряжения. Краепелин ¹⁵⁾ и Bleuler отмечают, что эмоциональные особенности, наблюдаемые у больных, страдающих навязчивостью, являются составной частью особого патологического характера. Суханов назвал его тревожно-мнительным. Проф. Ганнушкин дал нам блестящую зарисовку этого характера, назвав его, по предложению Р. Janet, психастеническим. «Основными чертами психастеников, — говорит проф. Ганнушкин, — являются крайняя нерешительность, назойливость и постоянная склонность к сомнениям». Краепелин и Friedmann пополняют еще приведенную характеристику указанием на часто наблюдающийся у больных этого рода психический инфантилизм. Ввиду большой путаницы понятий, создавшейся около терминов — психастения и психастенический, мы считаем необходимым отметить здесь, что в нашем изложении мы рассматриваем психастенический характер исключительно в вышеприведенном смысле. Психастенический характер, в свете характерологических концепций Kretschmer'a ¹⁶⁾, укладывается в рамки сензитивного типа реагирования, с точки зрения двух больших Kretschmer'овских групп психастеники оказываются циклоидами, несущими в себе в большей или меньшей степени еще и шизоидные черты. На долю шизоидного налета Kretschmer склонен отнести как раз характерные для психастеников боязливость и застенчивость. Но все же, как это мы видели выше, Kretschmer'овское понятие шизоидной психики далеко не покрывает собой понятия психастенического характера. Частая периодичность навязчивых состояний и тесная их связь с депрессивными аффектами заставляют некоторых авторов (Каннабих ¹⁷⁾, Bonhoeffer ¹⁸⁾ и особенно Stocker ¹⁹⁾ считать их в большинстве случаев и едва ли не всегда проявлениями маниакально-депрессивного психоза; при этом подвергается сомнению как самостоятельность психастении, вырастающей на почве психастенического характера, так и самостоятельность этого последнего. Рамки настоящей статьи не позволяют нам остановиться подробно на критическом рассмотрении работ этих авторов, но все же, для ясности дальнейшего изложения, позволительно будет привести несколько соображений, доказывающих, думается, как для

психастенического характера, так и для психастении право на их самостоятельное существование. Правда, в настоящее время мы еще далеко не в состоянии подвести под выделяемые нами болезненные характеры им соответствующие биологические фундаменты, которые единственно прочно разграничат эти характеры один от другого, но все же повседневный клинический опыт достаточно отчетливо выделяет из среды патологических личностей группу психастеников, как совершенно особую категорию психопатов. Здесь уместно будет сослаться на Aschaffenburg'a ²⁰), который говорит, что в — то время, как депрессивный больной видит все в мрачном свете, навязчивый невротик обнаруживает беспомощность и тоску только в том, что так или иначе относится к его болезненным опасениям. Далее, из клинической практики хорошо известно, что в чистом виде отдельные психопатии встречаются крайне редко, и что особенно возможным представляется смешение как раз таких близких друг к другу характеров, как психастенический и маниакально-депрессивный. Наконец, ведь, все психопатии протекают с колебаниями, так как проявлениям человеческой психики вообще свойственна периодичность (проф. Ганнушкин, Bumke), следовательно, если принять периодичность за критерий при разграничении. Если мы обратимся теперь к рассмотрению приведенных нами случаев, то увидим, что как в первом, так и во втором случае шизофренический процесс вызвал к жизни отчетливые психастенические черты, виде большой тревожности пациента М. и тревожности и нерешительности пациента Э.; мы увидим также, что черты психастенического характера существовали у обоих пациентов в рудиментарном виде и до начала заболевания. На фоне такого тревожного настроения вырастают различные фобии, обладающие всеми признаками настоящих навязчивых явлений. В самом деле, они несут на себе несомненную эмоциональную окраску, по отношению к ним устанавливается полная критика со стороны больных, и исчезают они так скоро, как только проходит аффект тревоги. Эмоциональное запустение, вносимое в психику шизофреническим процессом, наступило в I случае сравнительно быстро, чем и объясняется то обстоятельство, что фобии, постепенно бледнея, приблизительно через 7 месяцев совершенно оставили нашего пациента. Наоборот, во II случае чрезвычайно медленный процесс сопровождался на протяжении десятилетий появлением различных фобий, исчезавших частью самопроизвольно, частью под влиянием психотерапевтического воздействия. Страх задохнуться, который в течение 7 последних лет беспокоит нашего второго пациента, является в настоящее время как бы островком, несущим известную эмоциональную окраску на общем фоне аффективной тупости. Здесь вспоминаются отмеченные Bleuler'ом, напоминающие мумии, старые обитатели больниц, которые обычно рассматриваются как носители глубочайшей аффективной тупости, и которые тем

не менее могут иметь отдельные, чрезмерно чувствительные места в своей душевной жизни.

Итак, мы склонны считать отмеченные нами в обоих случаях фобии за настоящие навязчивые состояния, возникшие в результате освобождения диссоциирующим процессом проявлений психастенического характера, который в зачаточном виде существовал и до начала заболевания, но который резко себя не обнаруживал, благодаря наличию известной психической упругости. Конечно, процесс мог одновременно выявить рудименты и других патологических характеров, и, может быть, тоска, хорошо выраженная в I случае, усиливала со своей стороны фобии пациента М.

В своей недавней работе Hoffmann ²¹⁾ указал на то значение, какое имеют психастенические черты в препсихотической личности шизофреников, обнаруживших в дальнейшем, при своем заболевании, те или иные навязчивые явления. Он же, не решая вопроса о возможности настоящих навязчивых явлений при шизофрении, отметил все же, что навязчивые симптомы у шизофреников часто совершенно неотличимы от таковых же симптомов при психастении.

Таким образом, на основании наших наблюдений, мы берем на себя смелость разрешить вопрос о возможности настоящих навязчивых явлений при шизофрении в положительном смысле.

Перейдем теперь к рассмотрению двух следующих случаев, в которых нами отмечены навязчивые состояния, поразительно имитирующие проявления настоящей навязчивости, но вместе с тем принципиально от них разнящиеся.

Случай III. Больной Ш. 19 лет, русский, член комсомола, окончил среднюю школу, поступил 6 февраля 1924 г., выписался 30 марта 1924 г/ Клинический диагноз — Schizophrenia.

Отец — необщительный, скупой. Дед со стороны отца много пил, страдал белой горячкой. Бабка со стороны матери считалась «порченой». Старший брат — мечтательный, мало приспособленный к практической жизни. Младший брат — морально неустойчивый. Сам больной был всегда довольно общительным, энергичным, настойчивым; отличался болезненным самолюбием. Учился хорошо, пользовался большими симпатиями в товарищеской среде. Проявлял значительный интерес к общественной жизни, вступил в комсомол, успешно работал в различных кружках. Заболел в начале 1923 г. Появилась рассеянность, ослабел интерес к учебной работе, перестал интересоваться общественной жизнью, сделался замкнутым, стал жаловаться на тоску, высказывал мысли о самоубийстве. Состояние все время

ухудшалось. С трудом выдержал весенние выпускные экзамены за курс средней школы. Во время экзаменов пытался застрелиться, но промахнулся, так как сильно дрожала рука. Летом 1923 г. начал высказывать нелепые мысли о том, что окружающие люди кажутся ему трупами, что сам он ничего не весит, что его конечности не принадлежат ему, а взяты от другого человека. Стал жаловаться на то, что у него пропадает интерес ко всякой работе, что он тупеет, превращается в идиота. Почти совсем отошел от людей, перестал чем-либо заниматься. Тогда же, с лета 1923 г., появились навязчивые мысли в форме болезненного мудрствования, которые совершенно заполнили его сознание. Так, например, больной много раздумывал о том, откуда произошла человеческая речь, и как люди могут говорить, если не знают этого: откуда взялся смех; почему солнце светит, и почему комната светлая; почему книга сделана из бумаги, и как люди при чтении понимают какие-то значки, которые являются лишь следами типографской краски; почему люди ходят на 2-х ногах, а не на четвереньках и т. д. 8 октября 1923 г. больной обратился в клиническую амбулаторию, где мы его и наблюдали. Главное, на что жаловался он тогда, это — навязчивые мысли. Производил впечатление тупого, скованного человека. Рассказывал о себе медленно, без всякой аффективной окраски. Отмечал, что в нем борются две личности: одна говорит, что все эти мысли — вздорные, другая же, наоборот, заставляет его все время заниматься болезненным мудрствованием. С 24 октября 1923 г. по 3 февраля 1924 г. находился на излечении в Преображенской больнице, где ему ставили диагноз шизофрении. Там навязчивые мысли постепенно совсем оставили его. В больнице галлюцинировал. слышал знакомые и незнакомые голоса, которые называли его по имени. 6 февраля 1924 г. был принят в клинику. За время пребывания в клинике удалось установить следующее: больной с ясным сознанием, аффективно туп, остается все время без всякого дела; подолгу застывает в одной и той же позе; отмечается парамимия; навязчивые мысли, бред и галлюцинации отсутствуют. — «Я не понимаю самых простых вещей, превращаюсь в идиота, не могу ни чувствовать, ни мыслить как следует». Тип сложения астенический. Со стороны соматики можно отметить выдохи в обеих верхушках. Прделан курс инъекций молока (15 инъекций). Все время говорил, что его состояние ухудшается, что скоро он окажется уже не в состоянии связно о себе рассказывать. 30 марта 1924 г. выписался без всякого улучшения.

В данном случае мы имеем дело с явно прогрессивным заболеванием, которое резко инвалидизирует психику нашего пациента. Наличие аффективной тупости, разорванность ассоциаций, выражающаяся в нелепом мышлении, а также, как это мы увидим ниже, и в навязчивом мудрствовании, наконец, голоса — все это с несомненностью говорит нам за шизофрению.

Прогредиентность страдания предохраняет нас от смешения как с маниакально-депрессивный психозом, так и с психастенией. Интересно отметить здесь, что навязчивые мысли появились не в самом начале процесса, а тогда, когда в личности больного уже наметилась отчетливо эмоциональная тупость, и что до заболевания он не обнаруживал решительно никаких проявлений психастенического характера.

Случай IV. Вольной Ф., 35 лет, русский, коммунист, ответственный работник, женатый, поступил 23 мая 1923 г., выписался 5 июня 1923 г. Клинический диагноз — Schizophrenia.

Отец — замкнутый, вспыльчивый. Дед по отцу — алкоголик. Бабка по матери страдала резким старческим слабоумием. Тетка по отцу — неуживчивая, сварливая. Младшая сестра — с истероидными припадками. Сам больной рос ребенком замкнутым, впечатлительным. В детстве перенес менингит. Отмечался *avor nocturnus*. Рано начал проявлять интерес к занятию философией и общественными науками. Поступил в реальное училище, учился хорошо. В 13-летнем возрасте в его психике наметился резкий перелом к худшему — сразу почувствовал отвращение ко всем своим занятиям, начал дерзить учителям, позволял себе непристойные выходки; был исключен из училища. В течение 3 лет после удаления из училища больной бродяжничал, добывал себе средства к пропитанию случайными заработками, но нигде не уживался подолгу. В 16-летнем возрасте вернулся домой, причем вел себя в высшей степени странно — около года не выходил из своей комнаты, спал в гробу, молился перед православными иконами на татарском языке, который изучил под руководством муллы, питался только картофелем, изюмом и хлебом; были слуховые галлюцинации. Приблизительно через год состояние обошлось, при чем осталась только некоторая рассеянность. Последующие годы больной жил в большой нужде, занимаясь литературным трудом. Довольно много пил. С 20-летнего возраста стали наблюдаться своеобразные изменения сознания с последующей полной амнезией; так, например, однажды больной присоединился к незнакомой похоронной процессии, дошел до кладбища, произнес там прощальное слово, которым растрогал всех присутствующих; после ничего не помнил о случившемся. Такие изменения сознания были особенно ярки и длительны в периоды потребления алкоголя, но появились они еще до того момента, когда больной начал пить. В 23-летнем возрасте больной находился около 2,5 месяцев в психиатрической больнице, заболел внезапно, без всяких видимых причин, был возбужден, галлюцинировал. По выздоровлении наметился несомненный упадок работоспособности; возникло отвращение к практической жизни и желание уйти в отвлеченную науку. С 27-летнего возраста появились навязчивые действия, которые постепенно захватили все стороны его жизни. Возникла мысль,

что каждое действие обязательно должно повторяться строго определенное число раз, и что неповторение может принести какой-то непоправимый вред. Различные действия связаны с определенными числами, при чем все числа сведены в некоторую систему, стройность которой больной чувствует, но осмыслить не может. После революции занимает ответственные посты, при чем работает исключительно как теоретик в области агитации и пропаганды; считается большим знатоком теории и никуда негодным организатором. С 1922 г. перестает читать и писать, так как в связи с неодинаковым смыслом различных частей изложения ему пришлось бы создать невероятно громоздкую систему чисел для повторения отдельных фраз, к тому же он никогда не знает, с какой строчки можно начинать письмо. Все же продолжает работать до самого последнего времени. 23 мая 1923 г. больной поступил в клинику. Из наблюдения в клинике удалось установить следующее: больной с ясным сознанием, с резко выраженной аффективной тупостью, очень вял, производит впечатление какого-то автомата; отчетливая парамимия, сам отмечает, что все его переживания — какие-то «ненастоящие», «деревянные». Каждое действие повторяется им строго определенное число раз, причем весь день заполняется этими повторениями; наибольшее число повторений — 56; к своей навязчивости больной относится с критикой, но освободиться от нее не может. Память не расстроена. Решительно ничем не занят. Со стороны соматики можно отметить только выдохи в обеих верхушках. Тип сложения астенический. За время пребывания в клинике никаких изменений в его состоянии не произошло. 5 июня 1923 г. больной выписался без всякого улучшения.

И в этом последнем случае мы также имеем дело с несомненным болезненным процессом, который вносит в личность нашего пациента огромное эмоциональное опустошение. Конечно, ни о каком другом заболевании, кроме как о шизофрении, думать не приходится. На долю шизофрении мы относим и сумеречные состояния, наблюдавшиеся у нашего больного. Отсутствие проявлений эпилептической деградации психики позволяет нам с несомненностью исключить эпилепсию. Интересно отметить здесь, что навязчивые действия появились, как и в предыдущем случае, на фоне аффективной тупости, и что до начала заболевания, которое следует отнести к 13-летнему возрасту, больной не обнаруживал решительно никаких психастенических особенностей.

Общим для этих двух последних случаев представляется то, что навязчивые состояния возникли в них не в начале процесса, а тогда, когда уже наметилось отчетливое эмоциональное запустение, почему они и являются лишенными какой-либо эмоциональной основы, оторванными от остальной психики. Этим они принципиально разнятся, несмотря на все свое

внешнее сходство, от эмоционально окрашенных навязчивых симптомов двух первых пациентов и вместе с тем от настоящих навязчивых явлений вообще.

Навязчивые явления пациента Ш. существовали, как и в I случае, лишь несколько месяцев, а затем бесследно исчезли, очевидно, в связи с изменившимся характером быстро развивающегося процесса. Наоборот, навязчивые повторения пациента Ф., вызванные к жизни чрезвычайно затяжным процессом, остаются, как и во II случае, почти без всякого изменения в течение нескольких лет.

Bleuler подобные навязчивые состояния рассматривает в группе шизофренических автоматизмов, в то время как Сербский, Bumke и Klasi²²) скорее склонны отнести их к стереотипиям. Мы, со своей стороны, вполне присоединяемся к мнению Bleuler'a, и вот исходя из каких соображений. Правда, стереотипии и автоматизмы шизофреников являются феноменами чрезвычайно близкими, возникающими в результате одного и того же расщепления личности; но в то время как первые представляют из себя только одну, довольно узкую группу явлений, характеризующуюся полным отщеплением от остальной психики (Klasi), вторые несут в себе, в зависимости от силы отщепления, целый ряд градаций, начиная от отчетливо осознаваемых, как болезненные, и кончая такими, по отношению к которым отсутствует всякая критика со стороны больных (Bleuler). Вот почему, думается нам, будет уместнее рассматривать подобные навязчивые состояния как раз в группе шизофренических автоматизмов. Bleuler указывает, что состояния эти могут в отдельных случаях превосходно имитировать настоящие навязчивые явления. Это мы как раз и видели в наших случаях, где со стороны больных установилось вполне критическое отношение к ним.

Итак, на основании наших наблюдений мы позволили себе выделить следующие две группы навязчивых явлений при шизофрении 1) группу настоящих навязчивых явлений, несущих несомненную эмоциональную окраску, и 2) группу навязчивых явлений, отличных принципиально от первых, лишенных какой-либо эмоциональной окраски являющихся обломками расщепленной психики и относимых нами к шизофреническим автоматизмам.

Различие между теми и другими может быть проведено, полагаем мы, только при условии тщательного рассмотрения каждого отдельного случая в его целом. Такое же детальное изучение всей психики в ее целом необходимо и в деле отграничения шизофрении с навязчивым синдромом от других болезненных форм,, при которых могут наблюдаться навязчивые явления, главным образом — от психастении (Суханов, Kraepelin,

Bumke, Stransky²³). Некоторым диагностическим подспорьем может служить отмечаемая проф. Ганнушкиным склонность навязчивых шизофреников к числовым системам и к геометрическим построениям.

В процессе изучения интересующего нас вопроса нам пришлось наблюдать значительное количество больных не шизофреников, страдающих навязчивостью, при чем, подобно Hoffmann'у мы имели возможность убедиться на них в существовании самых разнообразных механизмов, вызывающих к жизни навязчивые явления. Рассмотрением этих других механизмов мы и предполагаем заняться в будущем.

В заключение автор считает долгом принести самую искреннюю благодарность глубокоуважаемым учителям: профессору Петру Борисовичу Ганнушкину и доктору Тихону Александровичу Гейеру, которым он обязан своим психиатрическим образованием.

Литература.

1. Pilcz. Zwangsvorstellungen und Psychose. Jahrb. f. Psych, und Neurol. 41. 1922.
2. Legewie, B. Ein Beitrag zur Frage der Zwangsneurose und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 86. 1923.
3. Сербский. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. Дисс. 1890.
4. Ганнушкин, П. В. и Суханов, С. А. К учению о навязчивых идеях. «Корсаковский Журнал», книга 3, 1902.
— Ганнушкин, П. Б. Психастенический характер. «Современная Психиатрия», декабрь 1907.
5. Christian. Demence precocce chez les jeun. es gens. Цитир. по статье Ганнушкина и Суханова.
6. Суханов, С. А. Семиотика и диагностика душевных болезней. Чч. II и III. 1905.
7. Bleuler, B. Dementia praecox oiler Qruppe der Schizophrenien. Aschaffen-burgs Handbuch. 1911.
— Lehrbuch der Psychiatrie. 4 Aufl. 1923.
8. Pascal, C. La demence precocce. 1911.
9. Hasche-Klunder. Konnen Zwangsvorstellungen in Walmideen

- übergehen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 1. 1910.
10. Schwarz. Zwangsvorstellungen bei einem Hebephrenen. Monatsschr. f. Psych. Bd. 38. 1915.
11. Urstein, M. Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie. 1922.
12. Bumke, O. Die Diagnose der Geisteskrankheiten. 1919.
13. Schneider, K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. Aschaffenburgs Handbueh. 1923.
14. Friedmann, M. Zur Auffassung und zum Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten überwertigen Ideen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 21. 1914.
15. Kraepelin, E. Psychiatric. 8 Aufl. 1909—1915.
16. Kretschmer, E. Der sensitive Beziehungswahn. 1918. — Körperbau und Charakter. 3 Aufl. 1922.
17. Каннабих, Ю. Циклотимия, ее симптоматология и течение. Дисс. 1914.
18. Bonhoeffer. Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Manisch Depressiven. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33. 1913.
19. S. flicker, W. Ueber Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellung» gen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 23. 1914.
20. Aschaffenburg, G. Aus Handbueh der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914—1918. Bd. IV. 1922.
21. Hoffman, H. Die konstitutionelle Struktur und Dynamik der originären» Zwangsvorstellungsneurose. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 80. 1922.
22. Klasi, J. Ueber die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien. 1922.
23. Stransky, E. Lehrbuch der allgemeinen und Speziellen Psychiatrie. 1919.

Конституция наркоманов

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

Я рад, что не утомлю вас литературой вопроса, так как вопрос, поставленный здесь, о конституции наркоманов и не имеет почти никакой литературы. Насколько же позволяет судить знакомство с относящимися сюда данными,

проблема эта в плане систематического анализа впервые находит свое выявление в предлагаемом здесь сообщении.

Раньше, чем перейти к основной теме, мне хотелось дать несколько общих иллюстраций, имеющих научно-бытовой интерес. Материалом, который послужил основой для настоящей работы, были истории болезни всех наркоманов, которые находились на излечении в психиатрической клинике 1-го Московского Государственного Университета с ее основания, т. — е. за период с 1887 по 1923 год. За эти 37 лет в клинике перебивало 89 больных наркоманов, из них 69 мужчин и 20 женщин. 1/3 этих больных я наблюдал лично, с остальными же познакомился по историям болезни архива клиники. Некоторые наркоманы возвращались в клинику по нескольку раз и общее число поступлений равнялось таким образом — 112. В 1918 году поступило 25 наркоманов, тогда как за все 32 года всего поступило 43 наркомана.

По социальному положению, профессии больные делились: из 69 мужчин — 29 имело отношение к медицине (из них 18 врачей — т. — е. 42 %), остальные, за исключением 1 рабочего и 1 крестьянина, были представителями так называемого интеллигентного труда, служащие; из 20 женщин — 9 имело отношение к медицине (между прочим, ни одной женщины-врача среди них не было), то были или жены врачей, фельдшеров или фельдшерицы, сестры милосердия и т. п., остальные, за исключением 1 крестьянки, жены больничного швейцара, занимались домашним хозяйством.

По национальности все, за исключением 12 (4 немца, 4 еврея, 3 поляка, 1 армянин), были русские. По семейному положению число холостых и женатых было одинаково; среди женщин — больше замужних (половина из них вдовы или разведенные жены). По происхождению число уроженцев городов вдвое превышало родившихся не в городе, число же городских жителей значительно превышало не городское, так, из 20 наркоманов 17 проживало в городе. Начало заболевания относится у 50 % всех больных мужчин к возрасту 20 — 30, 15 % — в возрасте до 20 лет (самый ранний возраст 13 — 14 лет), 15 % — в возрасте 30 — 40 лет, выше 50 лет только один случай, крайний возраст был 52 года. Женщины заболевали в несколько более позднем возрасте: на возраст 20 — 30 лет приходится 37 %, на 30 до 40 лет — 20 %, с 40 до 50 лет — 21 %, до 20 лет — 17 %, при этом крайним возрастом были 40 и 19. При поступлении самый высокий возраст для мужчин был 55 лет, для женщин — 52 года. По сроку пребывания в клинике больные распределялись: меньше 1 месяца — ок. 20 %, с 1 — 3 месяцев — ок. 70 %, и только немногие оставались до 5 — 6 месяцев, при этом женщины обладали большим терпением и задерживались в клинике несколько дольше. Достоин внимания, что среди больных мужчин только 11 — 12 % злоупотребляли одним наркотиком (5 морфинистов и 3 кокаиниста), остальные комбинировали самым разнообразным путем разные наркотики, при этом „королем» среди наркотиков все же оставался морфий и только в 24 % он отсутствовал; обязательным попутчиком (в 2/3 случаев) являлся алкоголь. Основным наркотиком служили алкалоиды, главным образом, морфий, кокаин, опий, в последние годы героин, хлорал-гидрат, бром, эфир; в качестве вспомогательных наркотиков: веронал, трионал, сульфонал, кодеин, дионин, скополамин. Из всех наркотиков наибольшей токсичностью обладает, повидимому, героин, который дает резкие соматические расстройства. Так, в одном из наших случаев (Тел.) пульс менялся следующим

образом: при лежании 48, при сидении 60 — 70, при стоянии 110 — 120, при чем этот эксперимент можно было повторять в любой момент; рядом с этим тяжелые перебои. Гораздо однообразнее в способах пользования наркотиками женщины: 25 % прибегало к одному лишь морфию, при чем и здесь в 25 % участвовал алкоголь. В одном случае мы обнаружили как бы вкусовую перверсию; больной пил табак и курил чай. В нескольких случаях нами отмечены и сексуальные перверсии, в частности гомосексуализм (ср. ист. б. No 13).

Поводом для наркомании, именно поводом, так как о причинах лишь ниже, послужило: у мужчин в 50 % случаев физическая боль (включая и нервную), в 25 % расстройство настроения и психические травмы, при чем последний факт стал особенно часто приводиться в последние годы, с начала войны и революции. У женщин физическая боль служила поводом к наркомании в 35 % случаях, а психическая (при этом одно только расстройство настроения; психическая травма не упоминается вовсе)—в 15 %. Из «любопытства», «баловства» и «ради компании» стали наркоманами около 12 % (равное количество мужчин и женщин).

Таковы некоторые общие данные, которые в столь неясной еще проблеме наркомании могут претендовать на некоторый интерес. Перейдем к основной теме нашего сообщения. Сопоставление нашего клинического материала о наркомании с материалом, который я имел возможность наблюдать в «Кабинете по изучению личности преступника» приводит меня к предположению, что надо отличать два вида наркомании: «генуинную» с акцентом на конституциональные особенности и «симптоматическую» с акцентом на констеллятивные факторы. Представленный здесь материал надо отнести к генуинной наркомании. В ней социальный фактор играет менее значительную роль; генуинная наркомания в большей степени предопределена эндогенно. Представителем этого вида наркомании является морфинomanия. Наоборот, симптоматическая наркомания порождается социальными факторами; представителем этого вида наркомании надо считать так наз. кокаинизм (ср. ист. б. No 13).

Для изучения вопроса о конституции наших наркоманов мы подошли к нему двояким путем: путем изучения основного характера наркоманов, наследственных данных, определяющих их конституцию, с одной стороны, и путем изучения изменений в характере, которыми сопровождается злоупотребление наркотиками с другой. Мы знаем, что характер складывается в результате взаимодействия между конституцией и констелляцией. Необходимо поэтому, изучая конституцию наркоманов, оценить фактор среды, фактор по преимуществу социальный. Мы знаем, что наркомания до такой степени распространена среди медицинского персонала, что ее по праву можно отнести к «профессиональным» болезням. Это одно уже указывает на социальный, в значительной степени, характер этого заболевания. Мы знаем, как распространена наркомания среди медицинского персонала, но, с другой стороны, не весь же медицинский персонал становится наркоманом — при всей близости социальных факторов у этой группы. Врачи все имеют возможность достать морфий, но не все же врачи —морфинисты. Число наркоманов по сравнению с числом людей, прибегающих к наркотикам, по

медицинским и другим показаниям, сравнительно очень невелико. В этом отношении особенно поучителен опыт последней войны, когда травматических поводов для наркомании было неисчислимо количество, на фронтах и в тылу. Е. Мейер сообщает, что число наркоманов в начале войны даже сократилось, что он объясняет этическими мотивами, но впоследствии они принялись за наркотики с прежним рвением. Bonhoeffer указывает, правда, что число наркоманов во время войны выросло, но объясняет это вынужденной алкогольной абстиненцией (против Bonhoeffer'a с неосновательными доводами выступает Nothaass, который полагает, что рост числа морфинистов ни в каком отношении к алкоголизму не стоит). Естественно было предположить, что у наркоманов существует особое предрасположение к злоупотреблению наркотиками. Еще Erlenmeyer говорил о таком специальном предрасположении, о специальном дисгармоническом развитии характера у наркоманов. Это предрасположение выражается, между прочим, в том, что уже 1-й шприц вызывает эйфорию, в то время как у здоровых людей от морфия начинается неприятное состояние, тошнота, большею частью даже рвота и сонливость. Bumke говорит, что первый шприц и является решающим в судьбе наркомана. По его мнению, у наркоманов имеются врожденные, истерические, нервные или другие признаки вырождения. Rehin утверждает, что у большинства морфинистов преобладает маниако-депрессивная конституция; Strauss говорит в общей форме о существовании предрасположения у наркоманов, а по Fuhrer'у для наркоманов предварительным условием является «нервное истощение» и действие наркотиков сводится к обострению этого предсуществующего состояния.

Все это разрозненные замечания, мало обоснованные, не подтвержденные систематическим анализом материала. Несколько лет наблюдений в психиатрической клинике дали мне возможность более планомерного изучения затронутой проблемы путем изучения индивида в его статике и динамике, т. — е. путем обследования наследственного отягощения наркоманов, их характера и изменений характера под влиянием потребления наркотиков.

Начнем с вопроса наследственного отягощения. Мы не сочли возможным ограничиться простым указанием на тот или другой % наследственного отягощения, так как такого рода указания не соответствуют более современному уровню знаний, современным исследованиям. Еще в 1883 году Крепелин указал, что данные наследственного отягощения у больных необходимо сопоставлять с такими же данными у здоровых. Благодаря классическим работам Diem'a и Roller мы имеем сейчас возможность такого сравнения. При изучении наследственного отягощения у наших больных мы придерживались метода, которым пользуется Мюнхенский Исследовательский Институт.

Мы постарались выявить так называемое прямое отягощение у наших больных, так как всякое другое отягощение чревато большими ошибками. Еще Wagner-Jauregg указывал, что у каждого индивида имеется по 2 родителя, по 4 прародителя, по неопределенному количеству других родственников и что поэтому сравнимы только данные прямого отягощения. Но для того, чтобы выявить наследственные моменты, скрытые вне прямого отягощения, Diem

ввел определение суммы всех отягощающих факторов («Gesamtbelastungszahl»), включив, кроме прямого, так называемое косвенное (дед, бабушка, дяди, тетки) и коллатеральное отягощение (братья, сестры). Одним из самых больших сюрпризов в работе Diem'a и Koller было то обстоятельство, что цифры общей отягощенности для здоровых и душевно-больных оказались почти одинаковыми. Вот почему суммарное указание отягощенности почти ничего не в состоянии разъяснить. Гораздо резче выявляются особенности между здоровыми и больными при изучении прямого отягощения, еще больше, если сюда присоединить обследование рода отягощения и, наконец, если еще учесть сумму факторов общего отягощения. Все эти подробности и исчерпаны нами в настоящей работе.

Каковы же наследственные данные у наших больных?

Все больные оказались наследственно отягощенными вообще, т. — е. независимо от родства и рода отягощения:

Мужчины в 91,9 % всех случаев (из 62- 57)

Женщины в 100 % « « (18—18)

В среднем 96,0 % (общее отягощение).

Отягощение это было распределено по родственникам следующим образом:

У мужчин прямое отягощение 69,4 % (43 случ.)

« « косвен. » 17,7 % (11 «)

« « коллатерал. « 4,8 % (3 «)

Всего 91,9 %

У женщин прямое отягощение 88,8 % (16 случ)

« « косвен. « 5,6 % (1 «)

« « коллатер. « 5,6 % (1 «)

Всего.....100,0 %

В среднем у мужчин и женщин:

Прямое отягощение..... 79,1 %

Косвен. «..... 17,7 %

Коллатер. «..... 5,2 %

Всего..... 96,0 %

Для сравнения приведем и те данные, которые получены отдельными исследователями в Мюнхенском Институте под руководством Rudin'a и относящиеся к прогрессивному параличу (Kalb), эпилепсии (Snell) и ман. — депрессивному психозу (Slimier)

Приведем здесь такую сводную таблицу:

ТАБЛИЦА I

	Здоровые	Душевно-больные	Наркоманы	Эпилепсия	Прогрессивный паралич	Маниакально-депрессивный психоз
Прямое отягощение	33 %	54 %	79, 1 %	59 %	27,3 %	65,5 %
Косвенное отягощение	29 %	14 %	17,7 %	16,7 %	30,7 %	64,8 %
Коллатеральное отягощение	5 %	8 %	5.2 %	6,4 %	9,7 %	4,8 %
Всего	67 %	76 %	96 %	81,1 %	67, 7 %	84.1 %

Данные этой таблицы показывают, что в то время, как у душевнобольных общее отягощение близко к норме (76 % — 67 %), у наркоманов оно равно 96 % — цифра, равной которой нет ни при одной из обследованных форм душевного заболевания.

Таким образом, у наркоманов неотягощенным остается максимум 4 %, у здоровых же 33 %, т. — е. в 8 — 9 раз меньше.

Как же распределено прямое отягощение по роду отягощения, по Отдельным факторам наследственности?

У мужчин:

алкоголизм.... 48,4 %

апоплексия.... 8,4 %

душ. болезни.... 6,4 %

нервн. болезни... 4,7 %

анорм. характ.. 1,5 %

Всего 69,4 %

У женщин:

алкоголизм..... 56,5 %

апоплексия..... 11,1 %

душ. бол..... 22,2 %

Всего 89,8 %

В среднем:

алкоголизм..... 62 %

апоплексия..... 9,8 %

душевн. болезни.... 14,3 %

нервн. болезни..... 2,3 %

анорм. характ..... 0,7 %

Всего 79,1 %

Для сопоставления приведем в общей таблице данные для остальных форм душевных заболеваний, дающие как бы качественный анализ отягощающих факторов.

ТАБЛИЦА II.

	Душевн о- больны е	Нервн о- больн ые	Алкоголи зм	Апоплекс ия	Старчес кое слабоум ие	Аномал ии характе ра	Самоубийс тво	Всег о
У здоровых	22	6.7	11.2	5,9	1,4	5,9	0,4	33
душевно больные	18,2	5,0	17,0	3,2	1,6	8,0	1,0	54
Наркомания	14.3	2,3	24,1	9,8		0,7		79,1
Эпилепсия	5,9	17,1	52,0	5,4	0,3	10,1	0,8	64,6
Прогрессив ный паралич	4.8	2.9	6,3	8,3	0,8	2,9	1.5	28,0
Маниакальн о- депрессивн ый психоз	18.9	14,0	11,4	8Д	2.1i	9,41	1.5	65,5

Таким образом, львиная доля всех отягощающих в прямом родстве факторов у наших наркоманов относится к алкоголю, притом в размере (52 %), равного которому нет ни при одной форме душевного заболевания, даже при эпилепсии, которая стоит в несомненной связи с алкоголем (где всего лишь

24 %). К сожалению, для удобства сравнения, мы вынуждены ограничиться лишь теми ингредиентами, которые имеются в таблице Diem'a. Мы при этом вполне сознаем, что таблица эта, составленная на основании более высокого в культурном отношении материала (Швейцария), в других социальных условиях не совсем подходяща в качестве штандарта. Полученные автором данные отягощения у здоровых выше, чем те, которые получились бы у нас, так как культурное население дает более подробные сведения; по этой же причине цифры отягощения полученные нами, надо считать ниже действительных. Впрочем, благодаря работе А. С. Шоломовича, производившего в России аналогичное обследование среди 500 здоровых и получившего данные, в общих чертах совпадающие с Diem'овскими, мы в праве привлечь эти данные (ср. В. Осипов „Курс общ. учения о душ. бол.» Берлин 1923). В частности, и по возрасту наши больные отличны: у Diem'a от 16—74, у нас крайний возраст 55. Далее, такие болезни, как эпилепсия, Diem отнес к нервным болезням; самоубийство выдвигается, как самоценный фактор. Тем не менее, учитывая все это, учитывая все недостатки этого метода, мы сочли возможным итти стопами Мюнхенской школы и пользоваться приемами Diem'a, тем более, что мы, таким образом, делаем ошибку не в нашу пользу и данные наши получают еще большую убедительность.

Если теперь распределить все наследственные факторы по родным, то получается следующая картина.

ТАБЛИЦА III.

	Душ. бол.	Нервн. бол.	Ал к.	Апоп л.	Старч. слаб.	Аном. хар.	Самоу б.	Всег о
Отец	7	3	44	11	1	15	3	
Мать	12	8	6	4	-	17	—	131
Дед (б.)	7	2	40	11	1	34	2	97
Дядя (т.)	18	9	54	6	—	12	49	103
Врат (с.)	20	9	34	2	—	37	3	105
Сумма отягощающ. факторов	64	31	178	34	2	115	12	436
Сумма отягощающ. факторов в %	14,7	7,1	40, 8	7,8	0,5	26,4	2,7	100
У здоров	15,1	14,9	21, 3	18,4	4,7	21,3	1,6	-
У душ. — б	45,0	5,1	20, 9	5,5	1,4	18,8	2,3	—
У эпил	22,5	26,3	25, 9	6,6	0,6	13,3	2,8	—
У пр. пар.	26,7	10,9	14, 0	29,4	3,8	10,9	4,9	—
У ман. — депр.	43,9	15,1	9,8	11,8	3,0	11,5	4,8	—

И этот путь приводит нас к тому, что в числе отягощающих факторов у наркоманов самое почетное место занимает алкоголь — 40,8 %, Цифра, не встречающаяся при других формах заболеваний.

Приводимые в III таблице факторы распределяются по родным.

ТАБЛИЦА IV.

	Здоров.	Душ. бол.	Нарк. к.	Эпил. л.	Пр. пар.	Ман. депр.
У родит.....	32,3	43,77	31,0	472	27,3	44,6
У прародит.....	23,8	9,8	32,0	13,9	22,2	15,5
У дяди (т.).....	35,2	10,1	24,0	20,3	26,7	18Д
У брата (с.).	18,8	30,4	24,0	18.5	20,1	21,2

ТАБЛИЦА V.

	Душ. бол.	Нервн. бол.	Ал. к.	Апоп. л.	Старч. Слаб.	Аном. хар.	Самоу б.	Всего
У здор. падает на- род.....	1,8	4,4	7Д	4,2	1,1	3,9	0,3	22.8
ост.....	13,3	10,5	14,2	14,2	6,3	«,4	1,3	77,2
У душ. — б. падает на								
род.....	15,5	1,2	12,1	3,4	0,6	10,8	0,6	44,2
ост.....	30,4	3,9	8.8	2,1	0,8	8,0	1,7	55,3
У нарк. падает на:								
род.....	4.3	2,5	11,4	3,5	0,3	7,3	0,8	31,1
ост.....	10,2	4,6	29,4	4,2	0,3	19,1	2,1	699
У эпил. падает на:								
Род.....	4,5	2,7	5,9	7,7	0,9	4,5	1,4	27,6
Ост.....	22,2	8,1	8,2	21,7	2,3	6,3	3,6	72,4
У пр. — пар. пад. на:								
род.....	4,2	11,9	18,9	3,7	0,1	7,5	0,6	47,2
ост.....	18,3	16,3	6,9	2,7	0,3	5,7	< 2,2	5,8
У ман. — депр. пад. на								
род. -.	12,5	11,3	Б,4	5,0	1,0	6,0	¹ 1,0	43,2
ост.....	27,6	10,8i	2,5	5,0	1^	4,5	3,5	56,8

отягощ. факторов, а если вычесть неотягощенных (т. — е. 33,1 %), то получится на 1 отягощ индивида 2,4 отягощают, факторов, тогда как у наших

больных отягощающих факторов приходится 5,4. Я пробовал, кроме того, подсчитать специальное количество алкогольных факторов на 1 индивида и получил такие результаты.

На 1 здоров..... 0,3 алкогольн. фактора

> 1 нарком..... 2,0 « «

« 1 душ — больн..... 0,4 « «

Мы видим, что у наркоманов, в противоположность душевно-больным эпилептикам, маниако-депрессивным, наследственные факторы распределены по всем степеням родства, в одинаковых приблизительно размерах, почему цифры алкогольного отягощения, взятые по всем степеням родства, дают еще более рельефную картину, чем прямое отягощение. Что алкогольное отягощение у наркоманов очень выпукло отображено в отдаленном родстве, видно из таблицы (V), где данные предыдущей таблицы разбиты по составным ингредиентам.

К проблеме наследственного отягощения наркоманов я подошел еще с другой стороны, путем индивидуального анализа каждого случая. Если проанализировать все семьи наших наркоманов с точки зрения алкогольного отягощения, то получим для 57 наркоманов в 32 случаях прямое Отягощение (из них отягощение со стороны отца было в 28 случаях), на остальное отягощение (косвенное, коллатеральное) 16 и только в 9 случаях алкогольного отягощения установить не удалось, т. — е. алкогольное Отягощение равно 84 %, а отсутствует в 16 % (10 случаев нами не использованы, так как в 4 отсутствуют сведения по наследственности, а в 6 случаях не имеется данных о дедах, бабках). Между прочим, в 60 % случаях на ряду с алкогольным отягощением отмечен активный алкоголизм.

Такой же подсчет алкогольного отягощения у женщин-наркоманок рл 94 % (притом все наркоманки злоупотребляли алкоголем). Поучительно сравнить эти цифры с цифрами, полученными выше для отягощения вообще:

общее отягощение у мужчин 91,9 %.

алкогольн. отягощение 84,8 %

« « « женщин 100,0 %,

« « 94,0 %

т. — е. на остальное, не алкогольное отягощение приходится всего 6—8 %, *III* то время, как алкогольное отягощение у здоровых в Западной Европе— 26 % (Diem), и даже для России не превышает 47,7 % (Шоломович). Среди упомянутых выше 9 случаев безалкогольного отягощения в 3 отмечена апоплексия, в 4-х—рак. Это обстоятельство еще повышает % алкогольного отягощения у мужчин, приближая его к 100 %, так как рак косвенное указание на алкоголизм у предков. Взаимоотношение между алкоголем и

раком мне кажется тем более естественным, что по Strumpell'ю рак печени часто развивается на почве Цирроза печени, относительно которого мы знаем, что он получается под Действием алкоголя. В таких же отношениях находятся рак и язва желудка. Здесь уместно обратить внимание на появившуюся недавно работу Гиляровского и Настюковой О, справедливо указывающих, что необходимо в конституции уделить большее внимание соматическому ингредиенту. У нас на 83 семьи приходится 18 случаев рака. т. — е. 20 %: если произвести расчет по отношению ко всем родственникам, то получим 2°/о (на 1075—18), между тем, как на 1000 человек здорового населения приходится по Левшину (цит. по Гиляровскому и Настюковой) всего 7,7 больных раком, т. — е. у наших больных раковое отягощение вдвое выше такового у душевно — здоровых.

Изучая наш материал, я пришел к следующему положению: алкоголизм либо вызывает в следующем поколении влечение к алкоголизму, либо же интолерантность к нему. Так, примерно, в случае No 6 у бабки алкоголички было 4-я детей: 3 сына алкоголика, 4-я дочь — мать нашего больного наркомана — страдала раком желудка. В данном случае женщина оказалась менее выносливой и поплатилась раковым заболеванием. Подобные случаи представляют из себя примеры No No 7, 8, 9. Рядом с этим—случаи прямой алкогольной невыносливости, так сл. No 10: дед отъявленный алкоголик, сын его — отец нашего больного—от рюмка спирта впадает в резкое раздражение и угнетенное состояние. Рядом с интолерантностью мы могли наблюдать, как алкоголь делает в следующем поколении организм «иммунным», все повышая от поколения к поколению порог раздражения и подготавливая почву для наркомана, которого алкогольный ряд уже, так сказать, не берет. Для иллюстрации следующий случай (No 1): прадед по отцу—алкоголик, дед по отцу умер от белой горячки (невыносливость 2-го поколения), отец больного алкоголик, спорадически впрыскивающий морфий, наконец, наш больной неудовлетворился одним морфием, нюхает еще кокаин. Получается целая гамма, точнее целая прогрессия: алкоголь (белая горячка), морфий, морфин-кокаин. Происходит как бы кумуляция яда, случай далеко не единичный среди наших наркоманов.

Нередко во втором поколении, рядом с алкоголизмом, мы могли констатировать мигрень, эпилептические припадки, апоплексию (ср. No 2). Возможно, что здесь существует более сложный диатетический комплекс (алкоголь, эпилепсия, мигрень, апоплексия, рак), что отдельные ингредиенты могут субституировать друг друга. Чтобы это утверждать, у меня нет достаточных данных. Отдельные сведения о том, как переплетаются эти ингредиенты, у нас имеются. Так, мы знаем (Levinstein, Kraepelin, Schroder), что у морфинистов бывают состояния, схожие с алкогольными и названные «белой горячкой морфинистов»; мы знаем о существовании эпилептоидных и делирантных состояний при морфинизме (Morchen), о связи между алкоголем и эпилепсией; мы знаем, что у алкоголиков бывают обманы чувств, очень напоминающие эпилептический галлюциноз (между прочим Фельцман описал эпилептические припадки после злоупотребления никотином). Так или иначе, но нам представляется по меньшей мере правдоподобным, что сложный биологический фактор расщепляется и появляется то в виде сердечно-сосудистых расстройств, то в виде ракового заболевания, то в виде эпилепсии,

истерии, припадков.

Из соматических особенностей у наших больных следует отметить то обстоятельство, что у огромного большинства из них мы констатировали дегенеративные признаки (приросшие мочки ушей и т. д.). Неоднократно мы наблюдали вяловатую реакцию зрачков (алкоголизм), реже отсутствие брюшных рефлексов, что тоже является, может быть, признаком дегенерации. При испытании вегетативной нервной системы мы наблюдали иногда диссоциацию: резкую реакцию на атропин N. Sympaticus, и слабую — N. Vagus.

Таковы данные и соображения, касающиеся, главным образом, наследственного отягощения у наркоманов. Какова же их психическая конституция, какими особенностями характера отличаются наши больные? Есть ли основание говорить об одном определенном, специфическом типе наркомана, имея в виду его психическую структуру? Детерминирован ли наркоман и в своем психическом облике подобно тому, как он детерминирован в своих соматических особенностях, что мы на основании вышесказанного в праве предположить?

Среди наших больных как мужчин, так и женщин около 25 % было без явных патологических отклонений в психике. Цифры эти, несомненно, выше действительных и объясняются тем обстоятельством, что старые истории болезни писались в такое время, когда на характер обращалось мало внимания и потому эти истории болезни не дали возможности выявить психопатологических особенностей характера у наших больных. Далее: у мужчин было психопатов около 35 % (из них больше половины неустойчивые, остальные импульсивные, аффект-эпилептики), около 15 % истерия, около 13 % циклотимия, а остальные 12 % неврастения, олигофрения, эпилепсия и др. У женщин около 25 % приходилось на истерию, около 23 % на циклотимию, около 20 % на психопатию (все «неустойчивые»). Таким образом, наряду с наркоманами без явных патологических отклонений в психике мы имеем 3 формы конституции: психопатическую (гл. образом «неустойчивые») (ср. ист. б. No No 3, 8, 12, 13), истерическую (ср. ист. б. No No 14, 15, 16) и циклотимическую (ср. ист. б. No No 5, 10, 11, 17, 18, 28, 29). Среди циклотимиков попадались больные с явно, дипсоманическим характером наркомании, с «токсикоманией» (Bolten, Fere) (ср. ист. б. No No 10, 11). У больного Ал. дозы морфия колебались в зависимости от настроения. Antheaume и Leroу описывают случай, где «морфин-дипсомания» чередовалась с «алкоголь-дипсоманией». Если бы алкоголизм определял наркомана и психически, то мы, естественно, получили бы менее разнообразную психическую картину у наших больных. (Здесь кстати будет отметить, что для психопатии % алкогольного отягощения гораздо ниже, чем в наших случаях. Так по Крепелину у «неустойчивых» только в 18 %, у импульсивных только в 19 % имеется алкогольное отягощение). Надо думать, что указанные психические особенности (психопатия, истерия, циклотимия) сами создают как бы внутреннюю благоприятную среду для развития наркоманной культуры, т. е. среди алкогольно-детерминированных легче всего становятся наркоманами те, у кого имеются указанные конституциональные особенности. Конституциональные особенности заключаются в аффективной лабильности, в гипер- и гипотоничности характера, в стеничности и астеничности. Люди

этого склада неуютна, беспокойны, они всячески ищут способов понизить или повысить свой тонус и находят их в наркотиках. Сюда вплетается и конституциональная невыносимость к физическим и к психическим травмам. (Помимо свойственной указанию конституциям аффективности, их объединяют еще отдельные черты характера, как слабоволие, легкомыслие, беззаботность, способность легко увлечься, воспламениться, мягкость, впечатлительность, неустойчивость, нерешительность, добродушие, общительность. Интеллект большею частью удовлетворителен, только в редких случаях мы имели умственную недостаточность). Такова пре психотическая, пренаркотическая личность наших больных. Ведет ли наркомания к изменению в характере? На этот вопрос, вопреки сомнений у части авторов, я категорически отвечаю утвердительно. Наш материал показал, что наркотики нивелируют характер, стирают индивидуальную грань и «шизоидируют» его. Появляются основные черты, которые Kretschmer окрестил именем «психэстетическая пропорция», т. — е. раздражительность рядом с апатией и замкнутостью (ср. ист. б. No 6, 7 и 17 — 30). Получается определенный тип характера; при этом я имею в виду изменение характера в смысле Bleuler'овского «finktioneller Dominanzwechsel», определенную психическую реакцию на внешние условия, в данном случае на злоупотребление наркотиками.

Тут есть аналогия в смысле, скажем, формальная с Bonhoeffer'овским экзогенным типом реакций и поскольку экзогенное отравление поддерживается хронически, «реакция» эта может перейти в «характер». Экзогенный яд мог выявить те скрытые компоненты смешанной конституции, которые были на заднем плане. Что описанное нами «изменение» характера является artefact'ом, явно подтверждает один из наших случаев (ист. б. No 23), где врач-наркоман определенно отметил 3 периода в своей личности: общительный (аффективный) до наркомании, замкнутый после злоупотребления наркотиками и опять живой и общительный с тех пор. как бросил наркотизировать себя и 2 года удачно работает по своей профессии. Изменением характеров в известной мере объясняется то, что больные становятся скрытыми, эгоистичными, менее внимательными к семье, обязанностям, обществу, становятся грубее, небрежнее, неряшливы, безалаберны, не доводят дела до конца, что часто связывают непосредственно с моральными дефектами, охотно резонерствуют. Рядом с этим падение инициативы, работоспособности, памяти, potentia, libido, нравственные дефекты, склонность к резонерству. О причинах замкнутости, этой одной из самых основных постнаркотических черт, говорит один больной: «где до общества, когда думать нужно о впрыскивании», другой: — «морфий отделяет от людей, ставит какую-то преграду от внешнего мира, требует к себе исключительного внимания». Отсюда замкнутый характер, желание быть одному, болезненное «копание» в собственной душе. «Все внимание обращено на себя и морфий, душа огрубевает, исчезает любовь к людям, понимание их страданий и радостей, увлечения бледнеют». Поражает еще одна черта — полное безволие и большая настойчивость при добывании наркотиков. Иногда указанным изменениям предшествует некоторая «неврастеничность», появляется торопливость, суетливость, необычайная подвижность рядом с подозрительностью, ревностью, что, возможно, следует в отдельных случаях отнести за счет специфического действия сопутствующего кокаина, алкоголя.

Здесь уместно отметить, что шизофрения, следует полагать, дает как бы иммунитет против генуинной наркомании. Единственный за 37 лет случай шизофрении, который попался нам (Пест.), дал очень нестойкую наркоманию — больной легко бросил наркотики. Психологически это, как будто, обосновано. Аффективные наркоманы ищут раздражения во вне, шизофреники же получают полное удовлетворение в своем аутизме.

Для устранения кажущегося противоречия между предположением об «иммунитете» при шизофрении и «шизоидизацией» после злоупотребления наркотиками надо добавить, что зарождается наркомания на аффективной почве, в стадии же изменения характера злоупотребление наркотиками является уже рефлекторной способностью, а не потребностью.

Подводя итоги, можно сказать следующее: генуинная наркомания это — конституционально — констеллятивная форма аномалии. Конституциональным фактором является аффективно-лабильный склад характера, который создает почву для наркомании. Констеллятивный момент, это влияние алкоголя, который вызывает, надо думать, повреждение зародышевой плазмы. Путем повреждения — создается «алкалоидный диатез», „биологическая жадность к алкалоиду», влечение (Trieb) к нему. Наследственность до такой степени пропитана алкоголем, что мы считаем возможным выдвинуть следующую формулировку: без алкоголя в наследственности нет генуинной наркомании, как без сифилиса нет прогрессивного паралича; понятно, для наркомании мы имеем в виду не этиологическое взаимоотношение. Судьба наркомана фатально детерминирована аффективно-лабильным характером и алкоголизмом предков, и недалек от истины больной Крепелина, который заявил: «das Trinken liegt mir im Blut». Мне кажется уместным здесь упомянуть об одном случае, имевшем место в Москве и так ярко указывающем на конституциональный наследственный момент в генуинной наркомании. Один из виднейших представителей Московского купечества удочерил у неизвестных родителей девушку. Она получила прекрасное воспитание и, тем не менее, на 20 году жизни, к ужасу своих приемных родителей, стала проявлять склонность к пьянству, очевидно, унаследованную. Случай этот прямо граничит с физиологическим экспериментом.

Между прочим, какое-либо биопатологическое значение имеет, очевидно, и фактор возраста, а именно: высокий возраст отцов и еще чаще наблюдаемая нами большая разница в возрасте родителей наркомана. Уместно также указать, что наркоманы происходят из очень многочисленной семьи, сами же часто бездетны и плохо выживают. В связи с биосоматическими особенностями наркомана понятно и его элективное отношение к яду, мы неоднократно наблюдали, что у героинистов морфий вызывает рвоту и т. п.

Наркоман nascitur, но и fit. Необходим добавочный фактор, чтобы из потенциального наркомана стать действующим. Таким добавочным моментом и служит применение наркотиков при физических и психических травмах и т. п. Очень вероятно, что первый прием наркотика производит, как бы первое замыкание, по примеру Павловских замыкательных рефлексов. Возможно, что среди отравленных алкогольной наследственностью очень

многие обладают готовностью стать наркоманами, но благодаря отсутствию подходящего случая не произошло первого замыкания, не выработалось первого наркоманного рефлекса. Этим можно объяснить преобладание генуинной наркомании в городах, в частности среди представителей интеллигентного труда. В связи с нашей концепцией на наркоманию находится и прогноз: если наследственность хороша, то наркоман плох и, наоборот, при плохой наследственности и получается обычно тот тип злостного рецидивиста наркомана, с которым почти невозможно справиться. По Hirt'у 77% кокаинистов излечиваются. Мы не только не разделяем подобного оптимизма, но даже *quoad vitam* наркомания дает неутешительный прогноз. Самый высокий возраст среди поступавших в течение 37 лет в клинику наркоманов был 50 — 55 лет, в то же самое время больные других категорий бывали и преклонного возраста; очевидно, наркоманы в общем плохо выживают. Гармонирует с этим и то обстоятельство, что в таблице наследственного отягощения у наркоманов «старческое слабоумие» отмечено нулем.

В связи с врожденными биологическими особенностями наркомана стоит и вопрос о терапии. Трудно изменить природу человека, а значит и наркомана. Все усилия должны быть направлены на профилактику. Профилактика должна вестись в двух направлениях: борьба с алкоголизмом, этим жесточайшим врагом, подобно сифилису, калечащему на много поколений, 2) санитарное просвещение не только среди широкого населения, но в первую голову среди врачей, так как до сих пор еще остается в силе столь обидное, но тем не менее справедливое замечание Крепелина: «не было бы врачей, не было бы наркоманов». И не только у нас врачи инфицируют больных по самому непозволительному поводу (морфий при расстройстве настроения, против искривления носовой перегородки и т. п.), но даже в Берлине, как я узнал из последней статьи Joel'a, еще имеют место советы врачей отвыкнуть от морфия при помощи нюхания кокаина. Эту жестокую безграмотность врачей надо ликвидировать и какой угодно ценой, вплоть до лишения диплома врачей-наркоманов, по крайней мере до их выздоровления. Иначе все еще возможны будут случаи, как наш, когда крестьянин стал наркоманом под настойчивым влиянием врача, уговорившего нашего больного «для компании» злоупотреблять наркотиками.

Пора также ликвидировать безграмотность среди населения, не имеющего представления о той грозной опасности, индивидуальной и расовой какую представляет из себя наркомания. Чтобы судить, до чего трудно сеять просвещение в вопросе наркомании, я хочу в заключение привести несколько иллюстраций, показывающих, что некоторые факты в жизни невольно наталкивают недостаточно просвещенную мысль на неправильное представление о влиянии и значении наркотиков. Начну с того, что нет стран, нет наций, нет пола, а теперь можно сказать и возраста, которым бы чужды были наркотики в том или другом виде. Далее, ссылаются на то, что часть выдающихся работ в области науки, искусств несомненно создана не без содействия наркотиков. Приводятся примеры, что ораторы, жокеи и т. п. прибегают к наркотикам в решительные минуты, что уготовляет им успех, жокеи даже подпаивают своих лошадей. Известный писатель Strindberg, касаясь вопроса об алкоголизме, говорит, между прочим, что если соль

заменяет нам сейчас те соли, которые человек воспринимал прежде вместе с кровью животных, то не возмещает ли вино утраченные питательные вещества? Strindberg высказывает даже подозрение, что народ Магомета потому остановился на низком уровне развития, что не употреблял вина. Бели эти соображения бросаются в глаза своей парадоксальностью, то нет основания отрицать, что некоторые организмы, особенно отравленные алкогольной наследственностью, испытывают химическую потребность, с точки зрения обмена веществ и не совсем необоснованную, в алкалоидах и других наркотиках.

Затронутая нами проблема требует прежде всего в 2 направлениях дальнейшей разработки. Это с одной стороны, изучение условий наследственного отягощения у алкоголиков. Данные эти могут связать проблему алкоголизма с алкалоидоманией. Имеющиеся по этому поводу данные очень скудны. Так, работа Рыбакова сделана старым методом и сейчас малоценна. По Мб И алкогольное отягощение у алкоголиков = 47 %. Крепелин на гейдельбергском материале нашел 37% прямого отягощения, а на мюнхенском—всего 17%. С другой стороны, нам представляется очень заманчивым изучать наркоманию с точки зрения строения тела. Ведь известно, что алкоголики, напр., часто имеют подагрический *habitus*, мышечно-дигестивный тип по Bauer'у.

В заключение позволяю себе привести основные тезисы:

- 1) Среди наркомании надо отличать: генуинную и симптоматическую.
- 2) Представленный здесь материал надо отнести к генуинной наркомании.
- 3) Этот вид наркомании представляет из себя конституционально-коястеллятивную форму аномалии.
- 4) Среди констеллятивных факторов самым важным надо считать алкоголизм (алкогольное отягощение равно около 100 %).
- 5) Конституциональным фактором является аффективно-лабильный склад характера (главным образом, психопатическая, истерическая и циклотимическая конституция).
- 6) Под влиянием злоупотребления наркотиками характер «шизоидируется», т. — е. нередко меняется в сторону апатии, раздражительности и замкнутости.
- 7) Шизофрения делает, повидимому, организм «иммунным» по отношению к генуинной наркомании.

Биосоциальная проблема алкоголизма

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

Алкоголизм — одна из самых интересных, сложных и актуальных социальных проблем. Широтой распространения, ходкостью, своеобразной популярностью и особым ореолом алкоголь превзошел все другие наркотики. Социальные особенности

алкоголя заключаются в следующем.

Кокаинисты, морфинисты и другие наркоманы — это или типы социального разложения и преступности, или жертвы несчастного случая, профессии, наследственности. Это единицы или компактные небольшие коллективы, ярко выделяющиеся на фоне обычного. Напротив того, при устойчивых питейных нравах редким исключением является человек непьющий вообще. В общезжитии такие люди не пользовались особым доверием и популярностью, в лучшем случае, слыли за чудаков. Это — суровый аскет, тихий праведник, «не от мира сего», или человек с твердыми принципами, но себе на уме.

Своими широкими тонкими щупальцами алкоголь проник в интимные тайники быта, связался с его радостями и печалью, с успехами и неудачами, с веселыми праздниками и серыми непроглядными буднями. Он сросся с бытом, сроднился с ним, наполнил его алкогольным содержанием, с одной стороны — как коварный, жалкий и презренный соблазнитель-враг, с другой — незаменимый, родной, любимый друг-утешитель. В этой исключительной роли первого главного универсального наркотика весь интерес и все значение проблемы алкоголизма.

Сложную проблему алкоголизма следует расчленить таким образом:

1. Социально-экономическая проблема алкоголизма.

Здесь алкоголь теряет свою вещественную оболочку и получает свойства самого ходкого товара, связанного посему с проблемами экономической и финансовой политики не только в государственном, но и в международном масштабе.

Ее из удобства можно разделить на две части.

а) Социальные последствия алкоголизма, связанные биологически с патологией алкогольного хронического отравления.

б) Социальные факторы алкоголизма, связанные с механизмами алкогольного влечения.

В тою задачу входит наметить эту последнюю часть биосоциальной проблемы.

Как и все наркомании, алкоголизм — социальная болезнь — интоксикация, но от интоксикаций он наряду с другими наркоманиями отличается следующими особенностями:

1) Яд производится искусственно самим же обществом и

государством,

2) Проникает в организм при активном участии самого организма, в виде патологического влечения.

3) Вследствие этого нет никаких естественных препятствий для его уничтожения; существуют только социальные препятствия, которые могут быть преодолены насильственным или органическим путем.

Насильственные мероприятия не в силах уничтожить патологического влечения. Главное препятствие на пути их осуществления заключается в экономических интересах государства. Органические мероприятия связаны с преодолением самого влечения. Их полный успех связан с коренным переустройством экономической структуры общества и с изменением психо — физиологической организации человека. Таким образом, механизмы влечения сконцентрированы в себе все нити социальных факторов алкоголизма, отражая этим самым, как в капле воды, патологию социальной структуры современного общества.

Эти механизмы, являясь результатом социальных условий, в то же время составляют свойство организма, близко связанное с первичными инстинктами и вызываемое иногда наследственным предрасположением. Для научного изучения влечения и социальных факторов, его вызывающих, недостаточна голая статистика наследственного предрасположения и социальных вариаций. Необходимо иметь биосоциальную основу, связывающую механизмы влечения с основными, общими социальными факторами. Обратимся к некоторым цифрам, касающимся наследственного предрасположения. Для хронического алкоголизма конституциональный фактор считался наиболее существенным. Рыбаков, например, наиболее обстоятельно исследовавший вопрос о влиянии наследственности на хронический алкоголизм, считает, что субъект, несмотря на самые тяжелые условия и неблагоприятные моменты, все-таки не делается пьяницей, и наоборот — лицо, находящееся в благоприятных условиях легко становится таковым при наличии наследственного отягощения. По данным Психиатрической клиники 1-го Московского Государственного Университета, Рыбаков установил, что среди родственников-алкоголиков — 83,5 % алкоголиков и 22 % душевно-больных, при чем на долю запойных приходится 91 % алкогольного наследственного отягощения, привычных — 88 % и случайных — 70 %. У Крепелина мы имеем при обследовании в Гейдельберге случаев тяжелого опьянения — 37 % алкоголизма у родителей, а по данным Мюнхенского обследования — 17 %. Моли нашел алкогольную наследственность в 47 % случаев. Такого рода разноречивые цифры не случайны. Статистические

исследования, в лучшем случае, могут констатировать наличие предрасположения, но не могут установить связь влечения с наследственным отягощением данного индивидуума. В самом деле, указания на алкоголизм родителей и родных еще не доказывают наследственного предрасположения, так как алкоголизм сам по себе не является наследственным фактором, вызывающим влечение. Далее—суммарная психопатическая наследственность не является патогномичным признаком даже для душевных заболеваний. Целым рядом исследований найдено, что количественная разница психотических отклонений в наследственности у здоровых и душевно-больных весьма невелика. В исследованиях Отто Димма она равна 8 % (70 % наследственного отягощения у здоровых и 78 % — у больных). Таким образом, выясняется, что указанные выше цифры не устанавливают связи влечения с наследственным отягощением. Большая точность могла бы быть соблюдена при строгом различии в наследственности отдельных болезненных форм. Далее, наличие у алкоголика каких-либо патологических отклонений в характере еще тоже не указывает биологического происхождения алкоголизма, так как эти отклонения могут быть приобретенными, а не врожденными и, наконец, в случае выраженной психотической формы заболевания или психопатии, еще не установлена их связь с алкогольным влечением, доказательством чего служат психопаты, к алкоголизму не предрасположенные. Из всего вышеизложенного вытекает, что при определении биологического фактора необходима крайняя осторожность и индивидуализация, выражающаяся в выделении определенных болезненных форм и психопатических конституций. К этому надо присоединить еще следующее.

Современная психиатрия устанавливает близкую родственную связь между психозом и соответствующей психопатической и нормальной конституцией. Здоровая психика рассматривается в психопатологическом разрезе. Изучая механизмы «заостренной» больной психики, мы глубже проникаем в динамику психологических процессов. Фрейд при изучении неврозов вскрыл природу бессознательного, установил его связь с примитивным мышлением, согласовав, таким образом, свое учение с эволюционной теорией. Кречмер, дополняя Фрейда, сделал первую серьезную попытку дать биологический коррелят и динамику нормальных психических конституций. Эти исследования выясняют, что биологический фактор алкоголизма может быть во многих случаях упущен. Если, с одной стороны — у психически больных и психопатов необходимо выяснить социальные причины алкоголизма, то, с другой стороны, у здоровых людей надо исследовать конституциональное предрасположение. Чем сильнее психопатическая или даже здоровая конституция предрасположена к алкоголизму, тем меньше требуется неблагоприятных социальных условий для его выявления. Внести полную ясность в этот сложный вопрос о

факторах алкоголизма можно только тщательным исследованием, связанным с изучением механизмов влечения. Беря эти механизмы за основу, мы можем их рассматривать сквозь призму патологии как биологической, так и социальной. Основной нашей задачей и является исследование механизмов влечения. Но выявить эти механизмы легче всего в болезненных формах и психопатиях, где они облечены в яркую, рельефную форму. Извлекая их оттуда, мы можем проецировать их в социальную среду, рассматривая эти механизмы как следствие патологических социальных процессов. И так как все влияние социальных факторов сосредоточено на механизмах влечения, то естественно, что этим облегчается возможность найти правильный критерий к дифференциации сложных социальных влияний. Таким образом, биосоциальный метод распадается на следующие этапы:

- 1) Изучение психотических состояний и психопатических личностей с ярко-выраженным патологическим влечением.
- 2) Анализ механизмов влечения.
- 3) Проекция этих механизмов в социальную среду.

При рефлексологическом понимании механизмов влечения устанавливается следующий критерий в подходе к психиатрическому материалу:

- 1) Отношение процессов возбуждения и торможения и степень **их** напряжения или индукции.
- 2) Связь этих процессов с аффективным тоном.

При изучении психиатрического материала наиболее яркие формы, вызывающие потребление алкоголя, выявили различные типы индукции динамических мозговых процессов. При таком подходе могут быть выделены два различных мотива влечения. Первый — как стремление к разряду энергии, к иррадации мозговых процессов, второй — как стремление к возбуждающему средству. Кроме того, выявляются два основных типа влечения: активный и пассивный, различие которых заключается в следующем. Активное влечение находится в прямой зависимости от патологических явлений, вызывается резким отрицательным аффективным тоном и характеризуется высоким напряжением или индукцией. Пассивное — находится в косвенной зависимости от патологических явлений и отрицательного аффективного тона и характеризуется слабым напряжением или индукцией. Переходим к рассмотрению типов влечения.

I а) Активное влечение напряженного возбуждения.

Активное влечение ярче всего выражено в дипсомании. Маньян Легрен и друг. представители французской школы связывали дипсоманию с психической дегенерацией. В немецкой школе при стремлении к нозологической классификации одно время господствовало убеждение, что дипсомания является психическим эквивалентом эпилепсии. Наиболее ярким выразителем этого взгляда является Гаупп в своей монографии, посвященной дипсомании. Взгляды эти разделялись Крепелином и Ашафенбургом, в то время как Бонгеффер, Крамер и друг., соглашаясь в основных чертах со взглядами Гаупп а, тем не менее ограничивали влияние эпилепсии, допуская и другие причины дипсомании. Паппенгейм в своей работе о дипсомании оспаривает мнение Гауппа, допуская, что лишь некоторые случаи, приводимые Гауппом, можно отнести к генуинной эпилепсии. Придавая эпилепсии узкое, ограниченное яркими симптомами болезни, значение, Паппенгейм видит в случаях дипсомании черты, близкие к эпилепсии, но не являющиеся ее эквивалентом. Доказывая методологическую трудность различия строго-эндогенного влечения от реактивного, Паппенгейм усматривает различие истинной дипсомании от псевдо-дипсомании — не в факторе эндогенности, а в степени мощности и активности самого влечения. Современная психиатрия, допуская склонность к дипсомании аффект — эпилептиков и эпилептоидных психопатов, указывает возможность и другой психопатической почвы. Особенности дипсомании, вызвавшими тенденцию относить ее к эпилепсии, является резкое расстройство настроения, связанное с влечением к алкоголю. Потребление алкоголя является как бы средством борьбы с тяжелым, мрачным настроением. Крепелин описывает следующим образом такое состояние:

«Больные мрачны, угрюмы, раздражительны, сварливы, легко возбудимы, рассеяны, задумчивы они жалуются на страх, усталость, пресыщение жизнью; говорят о том, что им отвратительно, гнусно. Чувствуют себя неудачниками, осужденными, грешниками. Они ощущают влечение, как нечто постороннее, засевшая в них извне, с чем совершенно невозможно бороться». Такое состояние возможно не только у эпилептиков и эпилептоидов, но и при других состояниях: при некоторых формах циклотимии, при различных параноидных и неврастенических формах. Такое состояние можно динамически охарактеризовать как напряженное возбуждение, связанное с резким отрицательным аффективным тоном. Больные употребляют в этих случаях алкоголь, как средство, которое должно смягчить и разрядить сильное, связанное с отрицательными чувствами, напряженное возбуждение.

I б) Активное влечение напряженного торможения.

Суханов нашел, что среди алкоголиков много лиц с признаками тревожно-мнительного характера. Суханов характеризует их следующим образом.

„Они вообще пугливы, робки, застенчивы, конфузливы. Будущее занимает их больше, чем других. Они могут скоро падать духом; но, с другой стороны, им свойственно быстро оживляться и успокаиваться, раз они отвлечены от тревожащих мыслей. Иной раз на короткое время, под влиянием возбуждающих впечатлений, они производят совсем иное впечатление на окружающих».

Суханов так рисует особенности их влечения. Прибегая к спиртным напиткам, данный индивид чувствует, что они успокаивают свойственную ему тревожность и мнительность, что они действуют стимулирующим образом на его психастеническое состояние, выражающееся субъективно в пониженном психологическом тоне, что они дают, хотя и временно, недостающую бодрость и проявляют динамо-генетическое влияние на обнаружение психической энергии».

При современных взглядах, тревожно-мнительный характер можно разделить между шизофренической конституцией (чувствительные «мимозные», легко ранимые), циклотимией и психастенией. Но от этого яркие черты тревожно-мнительного характера несколько не устраняются. Динамически такое влечение можно охарактеризовать, как напряженное торможение, связанное посему со стремлением к возбуждению и к психической активности.

II б) Пассивное влечение отраженного торможения

Из группы психопатий наибольший % алкоголизма дают неустойчивые (Haltlos, Milieumenschen). Крепелин отмечает у них при наличии нередко умственной одаренности поверхностность умственной деятельности. Воле недостает самостоятельности и постоянства. Они ведут переменчивый, часто полный приключения образ жизни, который нередко находит завершение в полнейшей опущенности и падении. Близкими к неустойчивым психопатам являются и другие психопатии, как, напр., антисоциальные, морально-слабоумные и друг. Вообще, надо сказать, что психопатии трудно поддаются разграничению. Многие из этих состояний могут быть в настоящее время отнесены к шизофренической конституции с аффективной недостаточностью. Для всех этих психопатов алкоголизм часто является недостаточно сильным средством. Наибольшую склонность они проявляют к кокаинизму. Пьют они чаще всего, нуждаясь в возбуждателях к деятельности, в сильных

ощущениях, которые заменяют у них целевую установку и направленность. Динамически такое влечение характеризуется слабостью концентрированного возбуждения. При отсутствии стимулов к деятельности у такого рода психопатов под давлением внешних условий получают преобладание процессы торможения, которые и вызывают стремление к возбудителям и сильным ощущениям. Таким образом процессы торможения возникают отраженно.

II а) Пассивное влечение отраженного возбуждения.

Наконец, еще один тип психопатов — с одной стороны, близких к аффект-эпилептикам, с другой — к неустойчивым и близким к ним психопатам. Это импульсивные (Triebmenschen). Рейхард, в своем учебнике психиатрии, видит различие между неустойчивыми и импульсивными в следующем: — „у первых влечения потому сильны, что волевой аппарат слаб, а у вторых — влечения сами по себе сильны и неудержимы». «Их атавистическое стремление к свободе, — говорит Крепелин, — заставляет их постоянно чувствовать узы общественной жизни, как невыносимые цепи». Динамическое свойство влечения — слабость концентрированного торможения. При возрастающих внешних препятствиях — отраженно возникает двигательное напряжение возбуждения, вызывающее легко склонность к состояниям, близким к дипсомании.

Таким образом, мною рассмотрены в рефлексологическом аспекте все основные психотические состояния, вызывающие влечение. Во всех отмеченных психотических состояниях влечение к алкоголю связано с нарушением или извращением инстинктивной жизни. Повышенная аффективность, слабость высших регулирующих аппаратов или прямое преобладание инстинктивной жизни показывают, что влечение к алкоголю является эквивалентом нормальных инстинктов или влечений. Различие между активным и пассивным влечением заключается при этом в следующем: в случае активного влечения — мы имеем прямую его связь с эпизодически возникающим или временами усиливающимся, густо окрашенным, отрицательным аффектом, отражающим нарушение инстинктивной жизни; во втором случае — пассивного влечения — связь с аффектом вторична и является только отражением постоянно существующей дисгармонии между низшими инстинктивными и высшими регуляторными механизмами. Как же выявить связь этих механизмов с постоянно действующими социальными факторами алкоголизма? Известно, что каждый условный рефлекс в той или другой степени связан с аффективностью или, по Бехтереву, «мимико-соматической» реакцией. Эта реакция может быть стенического или астенического характера. Стеническая реакция, как результат удовлетворенных влечений, вызывает приятное чувство и возбуждающе действует на

организм. Астеническая — являясь следствием неудовлетворенных потребностей—вызывает депрессивное состояние и общее угнетение, либо напряженно — оборонительные действия. Под таким углом зрения алкоголизм — результат астенической реакции. Но в то время, как активное влечение является следствием напряженной астенической реакции, возникающей первично, вследствие прямого влияния патологических условий, пассивное — результат астенической реакции, возникающей вторично отраженно. Физиологически эти механизмы мы можем представить, исходя из учения Павлова об условных рефлексах. По Павлову, основные нервные процессы возбуждения и торможения нечто вроде положительного и отрицательного электричества. Очаги возбуждения и торможения сначала иррадиируют в соседние части мозга, затем концентрируются на небольшом пространстве. Всякий очаг возбуждения вызывает в окружности явления торможения и обратно. Первый процесс носит характер отрицательной индукции, второй — положительной. Процесс концентрирования связан с усилением индукции, иррадиирования — с ее ослаблением. Таким образом, выделенные нами механизмы влечения могут быть определены следующим путем:

I а) Сильная положительная индукция (активное влечение напряженного возбуждения).

I б) Сильная отрицательная индукция (активное влечение напряженного торможения).

II б) Слабая отрицательная индукция (пассивное влечение отраженного торможения).

II а) Слабая положительная индукция (пассивное влечение отраженного возбуждения).

Во всех отмеченных нами случаях влечение к алкоголю, как суррогат других влечений, проявляет тенденцию к иллюзии астенической реакции, к отказу от реальности, к замене этой реальности по терминологии Фрейда принципом «удовольствия и неудовольствия». Потребление алкоголя действительно удовлетворяет это стремление к иллюзии, оплачивая, однако, дорогой ценой отрыв от реальности. Алкоголь парализует последовательно всю нервную систему, начиная с мозговой коры. Угнетая в первую очередь мозговую кору, алкоголь производит растормаживающее действие, освобождая низшие центры от давления высших. Получается сильно аффективированная, иррадиированная, исходящая из низших центров волна возбуждения, маскирующая заторможенность коры. Напряжение при этом исчезает и происходит разлитие волны возбуждения, сопровождающееся приятным

аффективным тоном. Это создает иллюзию стенической реакции с той особенностью, что возбуждение не является результатом приобретенной извне энергии, а выражает усиленную трату энергии, имевшейся в организме. Благодаря этому, кроме непосредственного разрушительного действия алкоголя на все ткани и органы, происходит понижение рефлексотворности головного мозга, что проявляется в заглушении стимулов к высшей регулирующей жизни.

Переходим к рассмотрению основных социальных факторов алкоголизма.

Выявленные нами механизмы, таким образом, надо проецировать в социальную среду; или иначе — в социальной среде найти те движущие силы, которые вызывают механизмы влечения. Механизмы влечения при этом мыслятся свойством, присущим не физическим единицам, а социальными, в первую очередь классовым, подвергающимся одинаковому влиянию внешних условий. Под социальной и классовой рефлексологией я имею в виду кристаллизующиеся, путем социального отбора, и нивелирующие отдельных индивидуумов механизмы или качества, присущие отдельным социальным группам.

Основные два антагонистических аппарата активного и пассивного влечения отражаются в социальной среде в виде прямого и отраженного влияния патологических внешних факторов. Первый фактор выражается в прямом давлении экономических и подчиненных им условий, и связанными с этим материальными и духовными лишениями. Второй аппарат пассивного влечения, как выражение дисгармонии высших регулирующих и низших инстинктивных механизмов, является результатом тех социальных условий, которые не вызывают стимулов и возможности высшей регулирующей деятельности. Этот второй фактор может быть формулирован как слабость социальных стимулов и социальных связей. Отсутствие или слабость стимулов к высшей регулятивной деятельности не дает или уменьшает активную приспособляемость к среде и тем самым вызывает отраженно чувствительную реакцию на самые ничтожные отклонения в равновесии индивидуума и среды. Первый фактор имеет место в низших классах капиталистического общества. Этот фактор не нуждается в дальнейших пояснениях, ибо влияние тяжелых условий жизни на алкоголизм всем известно и отмечается во всех исследованиях проблемы алкоголизма. Второй фактор характерен для вырождающихся классов и для групп со слабой социальной связью. Его можно иллюстрировать на любом разлагающемся социальном организме: алкоголизм римлян времен упадка, пьянство в период политической реакции, деклассированных групп и т. п. Как на пример влияния обоих факторов, можно указать на сильное злоупотребление алкоголем

„богеми», люмпен-пролетариата и подобных групп. Из групп го слабой социальной связью яркий пример дают некультурные народы, подпадающие под ярмо колонизации и втягивающиеся при новой создающейся обстановке необычайно легко и быстро в орбиту алкоголизма.

Если активное и пассивное влечение отражаются в виде основных социальных факторов, то явления положительной и отрицательной индукции отражают два различных основных мотива влечения. В первом случае положительной индукции алкоголь удовлетворяет стремление к иррадиации, к разряду энергии, накопившейся в результате тяжелой борьбы за существование или вынужденного сдерживания основных импульсов. В этих случаях пьют для смягчения неприятного чувства напряжения. Во втором случае алкоголь, прежде всего, и, главным образом, является возбуждающим средством, стимулирующим и заряжающим организм. Это стремление вызывается при отсутствии или слабости целевой установки и направленности, или слабой дееспособности и активности.

Капитализм, имея на одном фланге пролетариат с огромной энергией недовольства и постоянного напряжения, на другом — вырождающиеся социальные группировки дворянства и буржуазии, а между ними огромные прослойки социально мертвых и социально инертных масс мелкой буржуазии и крестьянства вызывает огромную, ненасытную потребность в наркотиках. Известно, что в руках господствующих классов алкоголь являлся клапаном для отвлечения и ослабления энергии недовольства.

Патологическое влечение к наркозу и в частности к алкоголю может быть уничтожено только при коренном переустройстве общества на коммунистических началах. Путь борьбы с алкоголизмом — органическое внедрение в жизнь коммунистических начал. Общие принципы борьбы с алкоголизмом заключаются в следующем.

Случайными, шаблонными мероприятиями добиться больших успехов невозможно. Надо перекинуть профилактику наркотизма на места при помощи специальных или общепсихиатрических диспансеров. Необходима индивидуализация мероприятий в зависимости от той социальной почвы, на которой прорастает патологическое влечение. Практические мероприятия должны быть связаны с научным изучением социальных корней влечения. При индивидуальном исследовании и терапии необходим биосоциальный анализ механизмов влечения и разграничение биологического и социального факторов.

Я попытался наметить путь, по которому должно идти научное

исследование сложной социальной проблемы наркотизма.

Этот путь может быть вкратце формулирован, как мост между биологией и социологией патологического влечения.

К вопросу о пресенильных психозах

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

Вопрос о пресенильных психозах тесно связан исторически с учением о меланхолии, как самостоятельной болезни, в силу чего раньше, чем перейти к изложению современного положения этих психозов, необходимо хотя бы вкратце изложить историю вопроса о меланхолии. Я не собираюсь исчерпать всю крайне обширную литературу о меланхолии, намечу ее только настолько, насколько это необходимо для дальнейшего изложения вопроса о пресенильных психозах и его более легкого понимания.

Во времена чисто симптоматологического понимания психических заболеваний меланхолию считали за самостоятельную болезнь, которую разделяли на целый ряд отдельных форм, разных у различных авторов: меланхолия простая, с бредом, со ступором и т. д.

Введение в учение о психических заболеваниях нозологического принципа внесло и в эту область много нового и плодотворного, и опять-таки большая часть заслуги в этом отношении должна быть отнесена на долю Kraepelin.

Меланхологические состояния были разнесены по рубрикам целого ряда психических болезней, при чем большая их часть отошла или к маньяко-депрессивному психозу, или к dem. praecoх.

По разнесении меланхолических состояний по соответствующим рубрикам болезней оставалось, однако, неразнесенной еще некоторая, небольшая часть их, возникающих, по большей части, в довольно преклонном возрасте.

Эти меланхолические состояния, под названием инволюционной Меланхолии, были отнесены Kraepelinom к пресенильным психозам. Учение Kraepelina о пресенильных психозах претерпело целый ряд изменений раньше, чем оно вылилось в учение об инволюционной меланхолии; одно время Kraepelinom за состояние, очень характерное Для этих психозов, считалось меланхолическое умопомешательство (Melanch. Wahnainn), которое к моменту создания пресенильной меланхолии было ею окончательно поглощено. Мотивом для выделения инволюционной меланхолии для Kraepelina служили следующие факты большая частота меланхолических состояний в пожилом возрасте, особенности в течении, неблагоприятный исход в

известной части случаев и, наконец, в самом депрессивном состоянии он хотел видеть отличие от депрессивных состояний при маниакально-депрессивном психозе в том, что там преобладает психическое заторможение, здесь же—тревожная тоска. Это учение Краепелина встретило много возражений как со стороны психиатров, не вполне разделяющих его психиатрические воззрения, так и со стороны лиц, им сочувствующих и к ним примыкавших. Главным местом нападок было то положение, что в картине самого психического состояния, можно найти различие между меланхолическими состояниями пресенильной меланхолии и таковыми при маниакально-депрессивном психозе. Оспаривалось также положение Краепелина о повторяемости депрессивных состояний, появляющихся впервые в молодости.

Действительно, было доказано, что те же состояния тревожной тоски, которые наблюдаются в пожилом возрасте, встречаются и у молодых субъектов при хорошем прогнозе заболевания. На это особенно было указано Fausserom, который все заболевания, протекающие под видом тревожной тоски, делит на две группы: одна с хорошим прогнозом, другая, наоборот, с плохим; эту последнюю он относит в группу старческих слабоумий. С другой стороны, не исключена возможность психического заторможения в тех случаях, которые были отнесены к пресенильной меланхолии. Таким образом, психическая картина сама по себе не дает права выделить инволюционную меланхолию, как отдельное заболевание, особенно от группы депрессивных состояний маниакально-депрессивного психоза.

Одним из восставших против учения Краепелина о меланхолии был Thalbitzer, который доказывал, что инволюционная меланхолия ^есть ни что иное, как смешанное состояние маниакально-депрессивного психоза, для прееенильного же психоза является характерным состояние меланхолического умопомешательства, характеризующееся по Thalbitzery наплывом галлюцинаций и обилием бредовых идей, при чем расстройство аффекта есть явление не первичное, а вторичное, стоящее в зависимости от этих обманов чувств и бредовых идей. Спустя некоторое время Thalbitzer в соответствии с melanch. Wahnsinn описал maniscit Wahnsinn. Rehm, разделяя мнение Thalbitzera, описал также несколько случаев melanch. Wahnsinn, в патогенезе его делая ударение на артерио-склерозе. Вскоре за работой Thalbitzer появилась монография Dreyiusa о меланхолии, где он случаи, отнесенные Краепелин'ом к инволюционной меланхолии, на основании тщательно собранного катамнеза, также относит к смешанным формам маниакально-депрессивного психоза, так как в некоторых случаях, хотя и — после длительного заболевания, все же наступило выздоровление, а в некоторых случаях до заболевания и после выздоровления он наблюдал, хотя и кратковременные, колебания настроения с довольно длительными промежутками

между ними. Случаи же с неблагоприятным исходом надо отнести, по мнению Dreyfusa, за счет присоединения к маньяко-депрессивному психозу артерио-склероза мозга или *dem. senilis*.

Считаясь с выводами Dreyfusa, Краепелин в последнем издании своего учебника находит, что, может быть, действительно многие из его случаев пресенильной меланхолии должны отойти к маньяко-депрессивному психозу, но все же остаются такие заболевания, которые мы должны пока отнести к пресенильным психозам, так как в них преобладают состояния тревожной тоски, а не психического заторможения. Кроме того большинство прежних доводов, например, особенности течения, частота депрессивных состояний в пожилом возрасте, все же остаются в силе; название же инволюционной меланхолии, как таковой, исчезает. Таким образом, вопрос о меланхолии, как самостоятельной болезни, можно «читать истощенным, и меланхолическое состояние является синдромом, наблюдающимся при весьма различных заболеваниях, диагноз которых ставится по всей их совокупности, куда особенности самого депрессивного состояния входят только, как отдельный ингредиент; меланхолические состояния могут несомненно также наблюдаться и при пресенильных психозах. Однако, с мнением Thalbitzer и Dreyfusa о том, что инволюционная меланхолия должна войти в группу маньяко-депрессивного психоза, и с мнением Specchia, что всякую меланхолию надо относить к маньяко-депрессивному психозу, и что *Melancholia agitata* есть, смешанное состояние этого психоза, согласны далеко не все психиатры напр.: Gaupp, Stransky, Bumke, Albrecht и др. Не собираясь дать исчерпывающую картину литературы по вопросу о пресенильных психозах я останавлиюсь лишь на мнении некоторых авторов о том, что мы должны понимать под пресенильными психозами.

Краепелин считает, что область пресенильных психозов в настоящее время едва ли не самая темная из всей психиатрии. Просмотрев большое число случаев пресенильного психоза, Краепелин приходит к тому заключению, что очень трудно, а иногда прямо невозможно, разместить случаи этого заболевания среди известных нам уже форм болезней; здесь чаще наблюдаются состояния возбуждения с бредовыми идеями тревожно-тоскливого характера, реже веселое настроение с идеями величия, далее идут параноидные формы. Часто также наблюдаются симптомы болезни, напоминающие кататонические состояния.

Пока из всей этой массы заболеваний он намечает несколько картин болезни, не выдавая их за настоящие формы болезней:

1) Очень сильное, часто быстро ведущее к смерти тосливо-тревожное возбуждение, развивающееся особенно у женщин

около 60 лет. Nissl нашел в этих случаях распространенные изменения клеток мозговой коры. О патогенезе этой группы Краепелин пишет следующее: «Вопрос остается открытым, объединены ли все эти случаи известной клинической общностью, или перед нами ряд острого делириоза различных психозов с особенно тяжелым исходом». Тот факт, что эта форма особенно часто наблюдается у женщин в 60-летнем возрасте, ставит под вопросом ее близкое отношение к процессам обратного развития и, может быть, приближает ее к делириозным формам старческого возраста.

2) Состояние тоски с постепенным переходом в психическую слабость, идеи преследования, нигилистический бред, нелепые ипохондрические идеи, иногда обманы чувств. Начало в 40 годах жизни, с исходом в длительное, прогрессирующее слабоумие без артерио-склероза. Об этой форме Краепелин пишет: «Скорее всего, мы имеем дело с кататоническим заболеванием, однако, я не смог бы хорошо защищать свое предположение».

3) В начале депрессия, затем тоска, бредовые идеи, бесцельное беспокойство, однообразные движения, застывшее выражение лица. Исход— состояние психической дефективности или смерть. Наблюдается чаще у женщин между 45—50 годами (случаи, описанные также Do1bin'ом и Nitsche). Alzheimerом найдены: Nissle'вское поражение нервных клеток коры и изменение со стороны глии; тот факт, что эта форма без видимой причины развивается у женщин среднего возраста, позволяет предположить самоотравление организма в связи с процессом обратного развития.

4) Особые состояния возбуждения с исходом в тяжелое слабоумие, характеризуемое смещением: маниакальных, кататонических и паралитических черт; наблюдается чаще у мужчин между 50—60 годами. Патолого-анатомические исследования не обнаружили находок, обычных для р. р., артерио-склероза и кататонии. Alzheimer'ом констатировано известное сходство с изменениями выше описанных форм.

Из параноидных форм Краепелин описывает пресенильный бред ущерба, характеризующийся отсутствием галлюцинаций и постепенным комбинаторным развитием бредовых идей.

В 1905 г. Gaupp, пересмотрев все случаи психических заболеваний в преклонном возрасте, поступивших в Гейдельбергскую клинику, старался разбить их на отдельные группы и формы. Сюда входили и артерио-склеротические заболевания. Деление получилось очень детальное и в общем малопоучительное.

Между прочим он выделяет группу меланхолий, обыкновенно

возникающих в связи с внешней причиной у лиц с дегенеративной наследственностью. Ипохондрические идеи, даже абсурдные, не играют роли в предсказании, в этом смысле хуже идеи параноические. Течение длительное, излечение иногда наступает после 8 лет болезни. Часто наблюдается исход в своеобразное состояние психической слабости. Болезнь может повторяться несколько раз, в промежутках полная интермиссия: возможно, что первые приступы возникают много раньше пресениума, следующие же, более тяжелые по течению приступы похожи на меланхолию. От меланхолий, по возможности, надо отличать острые галлюцинаторные Angstpsychosen (тоскливо-тревожные психозы); среди них наблюдаются формы, похожие на dem. praesox и депрессивное климактерическое возбуждение с исходом в психическую слабость, повидимому, особенно характерную для пресенильных психозов. Наблюдаются также параноидные формы, которые Gaupp относит не к dem. paranoides, а скорее к сенильным психозам.

Затем Kleist описал так называемую инволюционную паранойю. Von-Hoslin Крепелиновский пресенильный бред ущерба и инволюционную паранойю Kleist'a относит к парафрениям. See1er демонстрировал одну больную 57 лет с параноидным заболеванием. У больной были симптомы артерио-склероза, но дело здесь шло о параноидном заболевании особого рода. Dem. paranoides исключалась; с молодых лет существующее ненормальное аффективное предрасположение заставляло предполагать особый болезненный процесс, а не dem. paranoides.

Spiegneyer все психозы обратного развития и старческие делит на группы, исходя из патолого-анатомических данных. На этом основании он выделяет в отдельные группы: старческое слабоумие, с ее типичными и атипичными формами, и артерио-склеротические душевные расстройства; собственно же психозы обратного развития у него попадают в разные группы, часть из них, именно Краепелин'овские формы с патолого-анатомической подкладкой, изученной Nissl'ем и Alzheimer'ом, включены в группу «своеобразных органических психозов», другая же часть их, куда входят, главным образом, инволюционная меланхолия Краепелин'a, а также меланхолическое умопомешательство Thalbitzer, депрессивное климактерическое возбуждение Gaupp и параноические формы, отнесены им в группу «других функциональных психозов преклонного возраста».

В этой главе он больше излагает отношение других авторов к учению об инволюционной меланхолии, сам, невидимому, склоняясь к ТОМJ, что инволюционная меланхолия несет в себе особые черты и симптоматологически не укладывается в одно меланхолическое состояние, так как здесь наблюдаются также и

параноические, ипохондрические и истерические примеси. Меланхолия ни в коем случае не является чисто эндогенным заболеванием.

В 1914 г. Albrecht в своей статье «о функциональных психозах обратного развития» все свои случаи (138) инволюционного психоза де лит на следующие группы:

1) Меланхолии:

a) простая меланхолия,

b) ажитированная меланхолия,

c) депрессивное умопомешательство (Depr. Wahnsinn).

2) Мании.

3) Пресенильный бред ущерба.

4) Пресенильные парафрении (инволюционная паранойя Kleist'a и приходит к следующим заключениям:

1) Существуют достаточные основания для того, чтобы меланхолик в возрасте обратного развития считать за самостоятельную форму болезни не без остатка поглощаемую маньяко-депрессивным психозом.

2) Ажитированную меланхолию симптоматологически не совсем правильно отделять от простой меланхолии: в отношении ее течения и исхода она, быть может, составляет особую форму болезни; полное выяснение здесь надо ждать от микроскопических исследований мозговой коры и исследований обмена веществ.

3) Меланхолическое умопомешательство целесообразно сохранить как подгруппу меланхолий.

4) Есть целый ряд меланхолий обратного развития, переходящих в слабоумие без того, чтобы артерио-склероз делать ответственным за этот исход.

5) Случаи изолировано стоящей мании в возрасте обратного развития — по крайней мере очень редки.

6) Краерelin'овский пресенильный бред ущерба неправильно считать за самостоятельную болезненную форму, он есть прежде всего

7) Преходящее состояние в течении хронического,

протекающего с бредовыми идеями и обманами чувств, связанного с возрастом обратного развития психического заболевания, которое Albrecht мог бы назвать «пресенильной парафренией» (инволюционная паранойя). Вероятно ее надо понимать, как особую форму болезни, а, может быть, только как практически важную подгруппу парафрении Kraepelin'a.

Stransky в своем учебнике психиатрии, вышедшем в 1919 г., психозы обратного развития делит на три группы: 1) депрессивные психозы обратного развития, 2) параноидные психозы обратного развития, и 3) в тесном смысле артерио-склеротические психозы обратного развития. В психиатрии глава о психозах обратного развития, по его мнению, более чем какая-либо другая полна неразрешенными еще вопросами.

Не ясна ни клиническая, ни чисто симптоматическая сторона этих психозов. Затемняют картину вторичные явления, вызываемые процессом обратного развития, как таковые: из них прежде всего надо подумать об артерио-склерозе сосудов головного мозга. Период обратного развития играет большую роль в нервной и психической жизни индивидуума, влияя на его душевное равновесие. Этот возраст является критическим как для циклотимиков, так и для других психопатических предрасположений, но в этом же возрасте возникают и совершенно автономные депрессивные состояния, которые в анамнезе больного не имеют никаких предвестников. Stransky намечает две формы депрессивных состояний. Первая— реактивные депрессии. В этом возрасте появляется особая склонность к реактивным и кататимически окрашенным депрессиям: протекают они то в форме психического заторможения, с идеями самообвинения, самоуничтожения, то в форме тоски. Исход благоприятный, но остается большая склонность к возвратам. Благодаря трудности отделить действие психической травмы от эндогении, часто не легко распознать эти случаи от поздних форм маньяко-депрессивного психоза.

Вторая форма еще более приближается к меланхолии; о ней до сих пор высказываются самые противоречивые мнения; с одной стороны, мнение Kraepelin'a, причисляющее ее к пресенильным психозам, с другой, известные уже мнения Tlialbitzera и Dreyfusa. Для Stransкого несомненно, что в этом возрасте наблюдаются депрессивно окрашенные состояния, которые в дальнейшем течении больше приближаются к шизофрении и по большей части выливаются в состояние слабоумия особого вида. Эти больные часто высказывают депрессивные бредовые идеи, легко принимающие чудовищные размеры; эти идеи скоро начинают высказываться без особого аффекта, напоминая собою вербигирацию, тогда легко можно усмотреть родственность этой группы с поздними кататониями. На самом деле, эта форма стоит, таким образом, к поздним кататониям по крайней мере

ближе, чем к маньяко-депрессивному психозу, хотя в остальном симптоматологически неоспоримо сходство с меланхолией, но во всяком случае она занимает особое место в рамках депрессивных состояний возраста обратного развития. Прогноз менее благоприятный, чем в первой форме. Точно так же, как маньяко — депрессивный психоз, в возрасте обратного развития не редко впервые возникают и параноические психозы, но, кроме них, здесь наблюдаются иначе квалифицируемые параноидные заболевания. Это, во-первых, более эпизодические вспышки психогенного характера с бредом ущерба или чаще с бредом ревности; но, кроме этих эпизодических, скоро преходящих форм, Stansky выделяет еще хронические параноидные состояния, с окраской бредового депрессивного умопомешательства (depressives Wahnsinns), приближающиеся к парафрениям или даже к параноидным шизофрениям. Бред только не так пышен и редко отклоняется от понятных психогенных душевных комплексов.

Так же, как при депрессивных формах, здесь большую роль играет комплекс сознания начинающейся собственной психической недостаточности и малоценности. Нередко примешиваются бредовые идеи депрессивного характера, и вот эта смесь из параноических и депрессивных идей очень характерна для бредового депрессивного умопомешательства. При чисто депрессивных состояниях тоска преобладает над бредом, чем они и отличаются от только что писанной формы. Прогноз неблагоприятный.

Краепелин'овский пресенильный бред ущерба Stansky относит скорее к сенильным психозам. Bumke в своем учебнике «Диагнозы душевных заболеваний» вкратце пишет следующее об инволюционных психозах. Очень трудно отделить климактерические психозы от артерио-склеротических, в свою очередь артерио-склеротические от dem. senilis, здесь все перепутывается. Но необходимо все же попытаться сделать возможное разделение их на группы.

Психозы обратного развития описываются, как климактерические. Климактерий, конечно, всегда вызывает целый ряд нервных и психических симптомов, но при пресенильных психозах является еще вопросом, что надо отнести к начинающемуся артерио-склерозу, а что к нервному предрасположению, которое здесь почти всегда можно констатировать.

Климакс, может быть, есть только толчок, при чем экзогенные факторы также нередко наблюдаются. Все же женщины между 50 — 60 годами заболевают чаще.

Из формы пресенильного психоза можно выделить депрессивные

состояния часто с параноической окраской, параноидные и кататонические состояния. Конечно, надо искать, чем отличаются климактерические формы от форм, возникающих в другом возрасте, но этого пока еще не сделано.

С мнением Dreyfusa о том, что инволюционную меланхолию надо отнести к смешанным формам маниакально-депрессивного психоза, Bumke не согласен. Большая часть из них относится к климаксу, г. — е. к инволюции. Они несут на себе особую окраску, появляются черты, напоминающие истерию, в картине болезни преобладают ипохондрические и параноические бредовые идеи, более часто наблюдаются обманы чувств, затем на первый план выступает тоскливое возбуждение, доходящее иногда до делириозной спутанности, наблюдаются также кататонические симптомы и, наконец, особенно характерно течение болезни. Болезнь начинается обыкновенно после какой-нибудь внешней причины, течет более длительно и иногда переходит в состояние депрессивной психической слабости с особой робостью и склонностью к ипохондрическим настроениям. Это далеко не всегда *dem. senilis*, так как нет расстройств памяти и суждения. Наблюдается частый переход в артерио-склероз мозга, при чем не ясно, является ли артерио-склероз причиной болезни или он присоединяется впоследствии, возможно, что на почве крайне напряженного аффекта, или же оба вместе, т. — е. болезнь и артерио-склероз, появляются на почве изменения деятельности желез внутренней секреции: возможно допустить усиление действия адреналина при выпадении деятельности яичников.

Параноидные формы пресенильного психоза трудно отделить от парафрении; может быть, инволюционная паранойя Kleist'a совпадает с ними.

Причину большей склонности к параноическим идеям скорее надо видеть в возрасте, чем в самом климактерии. Кататонические формы вряд ли можно считать за позднюю кататонию, хотя эти случаи не-редко выходят из семьи кататоников. Против отождествления их с поздними кататониями говорит следующее: течение болезни не столь неблагоприятное, негативизм часто бывает избирательным; кроме того, возможно, что кататонические симптомы являются одной из реакций организма на отравление его ядом.

В последнее время Seelert в ряде работ высказывает предположение, что предстарческие психозы как в меланхолической форме, так и параноидной есть результат комбинации эндогении с экзогией, при чем экзогией является физиологическая, патологическая инволюция, артерио-склероз и старческие изменения. Таким образом предстарческие психозы служат как бы переходным звеном

между конституционными психозами и органическими. Напр.: меланхолические состояния пресенильного психоза стоят между маниако-депрессивным психозом и органическими (артериосклероз и *dem. senilis*) депрессиями, приближаясь то к той, то к другой стороне, смотря по большей или меньшей выраженности то эндогении, то экзогении.

Таково приблизительно современное состояние учения о пресенильных психозах.

Перехожу теперь к рассмотрению случаев с диагнозом пресенильных психозов, наблюдавшихся в нашей клинике в течение с 1918 г. по 1921 год включительно.

I П., 63 г, заведующий хозяйством на заводе, женат, поступил 14 iv 18 г., выбыл 27/xii 18 г. Отец под конец жизни внезапно ослеп и был душевно-больным. Мать умерла от тбс. Тбс. вообще распространен в роду. По характеру легко поддающийся чужому влиянию, близко подходит к конституциональной депрессии. После одной, довольно большой, неприятности очень волновался, 4 дня не спал/ 10 лет тому назад переведенный по службе в Харьков очень Лосновал по Москве, не хотел устраиваться в Харькове, жил как на бивуаке, успокоился, переехав снова в Москву. Заболел в связи с внешней причиной: сперва, в октябре 1917 года, ломились солдаты в квартиру, тосковал, обвинял себя, но затем успокоился; вскоре в квартиру больного ворвался грабитель, в упор наставивший на него револьвер. Вначале тоска, тревога, возбуждение, бред самообвинения, затем резкий нигилистический бред, и среди течения болезни целый ряд кататонических симптомов нелепых импульсивных поступков, под конец доступнее и спокойнее. Выписан непоправившимся. Подозрение на слуховые галлюцинации; однажды ел кал. будто бы по приказанию голосов; очень часто на вопрос о самочувствии, отвечал: «Вы сами знаете, что спрашиваете». Зачетных расстройств памяти не наблюдалось. Тупости аффекта не наблюдалось: увидя, как страдает другой больной, стал плакать и бес покоиться. Со стороны сердца отмечено- правая граница на 1 см за *lin. mamillaris*. Тоны глухи на аорте акцент на втором тоне. Пульс ровный, удовлетворительный по наполнению, 70 ударов в 1. По выписке из клиники больной постепенно настолько поправился, что мог исполнять нетрудные служебные обязанности, но совершенно здоровым не был.

II. Л., 54 л, крестьянин, женатый, пост. 9/хп 21 г, выб. 5 ш 22 г. По характеру мягкий, добрый, нерешительный, склонный к грусти, невеселый. Настроение неустойчивое, малейшая неприятность выбивала из колеи, переставал работать,, становился малоразговорчивым, малоподвижным, продолжалось это недолго—днями. Болезнь началась после крупной

неприятности отобрали 2/3 покоса. Стал тосковать, говорить, что его разорят совсем, он будет арестован: затем появился бред бесоодержимости и упорный отказ от пищи. В клинике—тоска, суицидальные мысли, тревога, бред бесоодержимости, больной не то кричит, не то лает, довольно нелепые ипохондрические идеи, намеки на нигилистический бред Галлюцинации отрицает, заметных расстройств памяти нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны глуховаты, пульс медленный, плоховатого наполнения, 60 в 1. Поверхностные сосуды жестковаты. Течение болезни с колебаниями. Выписался не поправившись.

III. Н. 51 года, девица, художница, пост. 12 III 19 г., выб. 21/vi 19 г. Отец несколько странный по характеру, 2 раза в жизни перенес состояния, длившиеся недели: казалось, что кто-то что-то на него наговаривает, с ним будет что-то плохое, управляющий немец скажет, что он отравил крестьян. Мать страдала падучей болезнью. Одна из сестер страдала периодическими приступами возбуждения и упадка сил, один из приступов провела в психиатрической больнице. В возрасте 18 лет больная, в связи с семейными неладами, перенесла нервное заболевание «истерическое», исхудала, истощилась, временами плакала, кричала, наблюдались судорожные явления. Поправилась, уехавши из дому. 10 лет тому назад удаление матки и яичников ввиду фибромы. Заболела в октябре 1918 г. в связи с предстоящим выселением из квартиры. Стала тревожна, беспокойна, казалось, что отнимут все вещи, однообразно повторяла: «они придут, они все возьмут, они выгонят на улицу». В декабре приняла кодеину с целью отравления. После чего странное поведение: «как масса» падала на пол, гримасничала перед зеркалом, издавала странные звуки, становилась все более беспокойной и даже агрессивной. В клинике тревожна, беспокойна, ипохондрические и параноические бредовые идеи; у нее язва желудка, с ней что-то хотят сделать, ее захлороформируют и увезут на Канатчикову дачу, ее подозревают, что у нее лues, против нее заговор, отношение к ней враждебное и т. д. В жалобах своих монотонна и однообразна, иногда на лице странная улыбка, однажды говорила, как маленький ребенок; обнаруживает большую радость при свидании со своими. Болезнь течет с колебаниями. Иногда больная начинает как будто критически относиться к своим жалобам и рассказывает, что она всегда была очень мнительна, чрезмерно аккуратна, боялась всяких заболеваний, особенно заразиться сифилисом, вообще склонна была к страхам и сомнениям. Первое. заболевание, 18 лет, выражалось в подавленном настроении, отсутствии трудоспособности и каких-то судорожных припадках. Галлюцинации не отмечаются, память резко не расстроена. Границы сердца нормальны, гоны слегка приглушены, Р. 70 в 1 удовлетворительного наполнения. Доступные артерии плотнее нормы, свободно прощупываются. Переведена, не поправившись, на Канатчикову дачу. Там

расстройства памяти и счета выражены резче, резко выступает идея о заражении сифилисом. «Упорно, грубо требует перевода в Мясницкую больницу. Временами начинает бессмысленно кричать и браниться». По временам отказ от пищи. 17 х 19 г. умерла от общего истощения на почве тревожного психического состояния и плохого аппетита.

IV. О., 42 лет, замужняя, содержательница комнат, пост. 2/х 19 г. выбыла 3 хii 19 г. Отец умер от удара, 45 лет. Мать вела странный образ жизни, сожительствовала с несколькими мужчинами, детей отдавала в воспитательный дом. Больная - внебрачная дочь. В детстве страдала лунатизмом. Училась плохо — была ленива и малоспособна. Онанизм не только до замужества, но и во время его. У больной были женские болезни, 38 лет прекратились регулы. По характеру мнительная, тревожная, суетливая, подозрительная, ленивая, неустойчивая при неудачах, быстро приходила в отчаяние, легко плакала. Смен настроения без повода не отмечается. В октябре 17-го года, когда больной было 40 л., во время переворота, она особенно волновалась, пришла в сильное возбуждение, боялась, что ее убьют, не спала ночи, раздавала свои вещи, говорила о том, что надо умирать — иначе все равно убьют. Через несколько дней успокоилась и до марта 1919 года была здорова. В марте появилась тоска, бессонница, стала говорить, что она неизлечима, должна умереть, повторные попытки на самоубийство, на которое ее толкал голос: «если не сейчас, то будет поздно». 13 апреля помещена в ЦПП., где отмечено: тоскливое состояние, возбуждение, голоса, больная многое относит к себе, многое имеет особое условное значение. Выписалась в июле без тоски, но не поправившись, слышала голоса, гудки. В августе снова попытки на самоубийство. Была отправлена на Канатчикову дачу—нелепые импульсивные поступки, увидя кровь в уборной, решила, что сама должна дать кровь, выбила у себя 4 зуба Галлюцинировала. 15 сентября была переведена в ЦПП., здесь на первый план выступали идеи самообвинения, самоуничужения, временами беспокойна, впадали в отчаяние, слышала голоса, ругающие ее, временами упорный отказ от пищи, начало нигилистического бреда. 3/х 19 г. переведена в клинику. Больная крайне истощена, вес 2 пуд. 13 фунтов. В клинике то же состояние, отмечают: слабость критики и некоторые дефекты памяти. Нелепый бред отрицания, иногда упорный отказ от пищи. Несколько довольно нелепых попыток покончить с собой: сама себя хотела задушить руками, на глазах у няни стала затягивать себе шею поясом и т. д. Со стороны физической: носогубная складка слева выражена несколько яснее, чем справа, левый угол рта несколько опущен вниз. Сердце нормально тоны глуховаты, пульс 70 в 1. Правый зрачок шире левого, правильной формы, реакция живая. Коленные рефлексы повышены. Переведена бее улучшения в Ц.П. П. По наведенным справкам больная вскоре (около двух

месяцев) скончалась от истощения, хотя было, чем кормить больную. Картина болезни оставалась той же, только кататонические явления выступили несколько резче.

V. Леб., 50 л, замужняя, дом. хоз., пост. 1/ix 19 г., выбыла 8/x 19 г. О родителях ничего неизвестно. По характеру спокойная, добрая, впечатлительная, очень мнительная. Около 32—33 лет, когда узнала о продаже своих домов вследствие разорения мужа, очень расстроилась и заболела: не спала, все время плакала, через неделю оправилась. Menses один год тому назад еще были. Заболела в июле 1918 г. в связи с политическими беспорядками в Ярославле, где жила больная. Вначале плохое самочувствие, боль в левой ноге и судороги, вследствие падения в Ярославле, когда бежала под огнем из своего загоревшегося дома. Самочувствие постепенно ухудшалось, поступила в лечебницу доктора Майкова, откуда через две недели была переведена на Канатчикову дачу, где была тревожна, не спала все время ходила и говорила сама с собой, оплакивала свое разорение, рыдала, стонала.

За 8 месяцев пребывания в больнице состояние больной все ухудшалось. Больная очень истощена, вес 2 пуда 21,25 ф. Больная с ясным сознанием, все время находится в движении, стонет, охает, издает какие-то звуки, с значительным аффектом, каким-то пафосом рассказывает о том, что она особая больная, таких еще не видали, она зверь, изверг, при чем высказывает нелепый бред отрицания и отчасти бесоодержимости. Галлюцинации не отмечены. Память и счет расстроены но не резко. При виде письма от мужа радостно бросилась вперед. Тоны сердца глухи, граница нормальна, Р. 70 в 1, слабого наполнения, доступные артерии жестки на ощупь. Правая носогубная складка сглажена. Правый угол рта опущен. Зрачки умеренно широки, правый несколько шире, на свет, конвергенцию и аккомодацию реагируют. Коленные рефлексы повышены. Вез изменения переведена на Канатчикову дачу. Там в том же состоянии пробыла до 16/xii 19 г. когда была «взята мужем без улучшения».

VI. М., 50 л., замужняя, дом. хоз., пост. 9/ix 21г., вып. 18/vi 21г. По характеру добрая, отзывчивая, веселая, общительная, но вспыльчивая, беспокойная я очень тревожная. В 1914 г. в связи с возможным призывом на войну мужа недели 1,5 беспокоилась, плакала, жаловалась на судьбу; получив благоприятные известия, быстро успокоилась. С 1920 года дочь отмечает перемену в характере, всегда расчетливая, теперь стала скупой, раньше веселая, теперь все время скучала, тосковала, была всем недовольна, все интересы ограничивались здоровьем мужа и дочери. Начало настоящего заболевания в ноябре 1920 г. после скоропостижной смерти мужа. После его смерти была в состоянии полного отчаяния, рвала на себе волосы, бросалась с

криком на гроб, укоряла себя, затем несколько успокоилась, стала даже заниматься хозяйством, но после неприятности в «Социальном обеспечении», где ей не только отказали в законном жаловании мужа, но и пригрозили конфисковать, как у буржуйки, имущество, больная снова пришла в тоскливое возбуждение, истерически рыдала, все время повторяла: «придут, все отберут» и т. д. Перестала работать, была очень тревожна и подозрительна; в конце марта в связи с семейными неприятностями попытка на самоубийство, выпила пузырек *traejodi*. В клинике состояние тревожной тоски, страха, подозрительность. Слуховые галлюцинации отрицает, в окружающем же видит устрашающие ее намеки. Часто тревожится по мелочам, по разным пустякам, довольно однообразна и монотонна. Иногда страх и тоска доходят до нерезкого двигательного возбуждения: охает, стонет, ломает руки и т. п. Счет и последовательное вычитание расстроены. У верхушки сердца шум с первым временем, по мнению терапевта, склеротического характера, наружные артерии склерозированы. Переведена в Преображенскую больницу, откуда не выписалась и до сего времени.

VII. Лин., 47 л., замужняя, жена врача, пост. 28/xi 20 г., взята дочерью 6/VI-22 г. И 8 тот же донь повесилась, воспользовавшись недосмотром окружающих. Тетка со стороны матери душевно-больная. Настроение у больной всегда было ровное, хорошее, хотя отмечался по временам уклон в сторону депрессии, всегда человек очень скромный. В 1911 г. муж больной был выслан за границу на 3 месяца; это событие больная перенесла довольно тяжело, очень беспокоилась за мужа, волновалась и некоторое время страдала бессонницей. В 1916 году муж больной был призван на военную службу, жизнь больной значительно ухудшилась, она довольно тяжело реагировала на призыв мужа, часто бывала в дурном настроении и очень беспокоилась за мужа. Перед заболеванием сильное психическое переутомление. В январе 1919 г., когда больной было около 46 лет, муж был убит на фронте, с этого момента и начинается заболевание. Поведение ее получило окраску некоторой экзальтации и торжественности, больная много говорила, суежилась, производила на окружающих странное и болезненное впечатление; была помещена в санаторию, откуда через два месяца выписалась, будто бы выздоровевшей, поработать, как следует, не могла, скоро утомлялась, не было достаточной критики к своему заболеванию. В июне 1920 г. снова возбуждение, которое постепенно нарастало; в ноябре больная была помещена в клинику. Здесь больная была спутана, возбуждена, все время находилась в движении, больше в пределах постели, сильное речевое возбуждение, на вопросы почти не отвечает. В дальнейшем обнаруживается наплыв галлюцинаций, больше слуховых. К началу января больная успокоилась, но считать ее выздоровевшей было нельзя,

жаловалась, что не может читать, прочитанное воспринималось с трудом, не было критического отношения к болезни. С начала февраля становится молчалива, сторонится от других больных; депрессивное состояние нарастает, и в середине марта больную пришлось перевести в беспокойное отделение. Здесь резкое, тоскливое возбуждение с массой обманов чувств, больше общего чувства, ее обливают цинком, тонкими наэлектризованными стружками, кровать жжет и т. д. Нелепый бред отрицания; упорный отказ от пищи, кормление зондом в течение нескольких месяцев, крайне исхудала, профузные поносы. Месяца 3 соматическое состояние стало улучшаться, вес стал прибывать, психически хотя и стала покойнее, но настроение тоскливое, однообразно просит отрубить ей голову, убить ее, иногда говорит, что семья ее погибла. Тупости чувства пока резкой не заметно, больная реагирует на окружающее, на приход ее родных; отпущенная на несколько дней домой вернулась немного более ажитированной. говорила, что напрасно ездила, сейчас у нее в голове творится что-то ужасное. Заметных расстройств памяти не отмечается. Тоны сердца глуховаты, границы нормальны.

VIII. Под., 67 л., замужняя, дом. хоз., пост. 8 х 21 г.. умерла 4/п 22 г. Отец умер 40 лет, страдал пороком сердца и мигренью. Тетка по матери больной 40 лет психически заболела и. не выходя из больницы, 54 л. умерла в ней. Дочь больной страдает циркулярным психозом. После 4-х родов больная психически заболела, болезнь продолжалась два года, было возбужденное, маниакальное состояние. Характер после болезни несколько изменился. По характеру суетлива, подвижна несколько повышена, легко сходилась с людьми. После октябрьского переворота имение, в котором всегда жила больная, было отобрано. В апреле 1921 г. переехала в Москву и терпела лишения, которых раньше никогда не приходилось переносить. Настоящее заболевание в конце сентября 1921 г. Болезнь начиналась постепенно. Сначала стала задумчива, тосклива, апатична, затем появилась сильная тоска, стада обвинять себя, считала себя грешницей, преступницей, тоскливо возбуждение все нарастало, все время суетилась, не могла посидеть на месте. Перед поступлением в клинику стала говорить, что она больна lues'ом и всех заражает, отказывалась поэтому есть и запрещала другим, исхудала, вес при поступлении 2 п. 27 ф. В клинике резкое тоскливое возбуждение, затем присоединились обманы чувств, дочерей ее судят, с ними что-то делают, она слышит их крики. Под конец больная стала уверять, что врачи завладели ее завещанием, отняли ее имение, в клинике происходит что-то ужасное, больная во время своего возбуждения куда-то стремилась, ее приходилось удерживать. Временами плохо есть Расстройство памяти не обнаружено. Течение болезни с колебаниями. К концу января воспаление сначала в одном легком, затем в другом. 4 февраля exitus. На вскрытии

воспаление обоих легких и склероз мозговых сосудов. При поступлении в клинику расширение сердца влево на два пальца, тоны ясны, пульс хорошою наполнения, 75 — 80 в 1.

IX. Пер., 58 л., замужняя, дом. хоз.. пост. 15/iv 20, г., выб. 6, х 20 г. Отец часто бывал в мрачном настроении, был человек молчаливый, скрытый, очень умный и развитой, характер его делал почти невозможной совместную с ним жизнь. Двоюродный брат умер в молодости душевно-больным. Двое родных братьев, оба у возрасте 56 л., умерли, будучи душевно-больными По характеру всегда была всеобыкновенно живая, жизнерадостная, была очень общительна, легко сходилась с людьми, имела много друзей и знакомых. После смерти первого ребенка и последовавшего вскоре за этим выкидыша на 1-м месяце больная была три месяца В очень тяжелом состоянии, часто плакала, была молчалива, уединялась и сильно тосковала. Все прошло, не наложив на характер больной никакого отпечатка. В связи с событиями последних лет у больной был целый ряд очень тяжелых переживаний. Больная крайне переутомилась. Начало заболевания с осени 1919 г. Вольная стала угнетена, неряшлива, зачем стала тосковать, появились мрачные мысли, она всем в тягость, лучше не жить. Перед поступлением в клинику попытка на самоубийство. Вольная довольно истощена, вес 2 п. 21¹/₂ ф.. жалуется на сильную тоску, на нравственную и физическую разбитость, высказывает мысли самоуничужения и желание лучше не жить. Болезнь течет с колебаниями, то преобладает тоска, тревога, мысли о самоубийстве, то больная более спокойна, но тогда очень тревожится о своем здоровье, однообразно пристает к врачу с разными мелочами, довольно сонлива. Субъективные жалобы на то, что голова плохо работает, какой-то шум в голове, точно все флером подернуто, на значительное ослабление памяти. Под конец пребывания больной в клинике отмечается сужение интересов только вокруг своего здоровья и питания. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, шум с первым временем, пульс 88 в V. Артерии склеротичны. Больная выписалась не поправившись, но в улучшенном состоянии. По выписке из клиники улучшение прогрессировало, больная стала оживленнее, принимала участие В домашних хлопотах, но прежним человеком не стала; вскоре после ареста сына снова тоскливое состояние, довольно нелепые попытки на самоубийство; с тех пор Состояние ухудшается, и больная до сих пор нездорова. За последнее время отмечается: ослабление памяти, но не резко выраженное, и значительное физическое истощение.

X. Т., 53 л., замужняя, дом. хоз. и торговля, пост. С, п 21 г., выб. 25, м 21 г. бтец алкоголик, одна сестра 29 лет умерла скоропостижно. По характеру: веселая. Жизнерадостная, взбалмошная, вспыльчивая, властолюбивая, энергичная и

трудоспособная. 44 лет прекратились menses. В течение полугода у нее было подавленное Состояние, сопровождавшееся физическими недомоганиями, сильными головными волями и ломотой во всех членах; после лечения грязями в Липецке получила значительное облегчение. В ноябре 1919 г. больная заболела инфлюэнцей, выздоровев от которой в течение приблизительно 2-х месяцев не хотела вставать. С этого времени отмечается перемена в характере, стала ворчлива, придиричива, перестала работать, всем надоедала, жаловалась на тоску. 22 марта 1920 г. умер муж боль-Рой, к смерти его больная отнеслась довольно спокойно и равнодушно, более беспокоила мысль об утрате работника и предстоящего краха, чем о потере близкого Человека. Характер еще более изменился: из энергичного человека превратилась в много говорящую, но ничего не делающую, безвольную, стала крайне нерешительная, развились боязнь «всего и дела, из мухи делала слона». Стала подозрительной, недоверчивой, боялась, что ее оберут, все прятала, всем завидовала. Боялась оставаться одна; делала попытки с собой покончить «тыкала перочинным ножом себе в грудь». Отмечались припадки головокружения, невидимому, с непродолжительной потерей сознания, вначале после ссоры, а затем без причины. Вольная удовлетворительного питания, тоны сердца глухи, артерии не резко склерозированы, наблюдается пульсация надчревной области. Головные боли. Вольная с ясным сознанием, на вопросы отвечает медленно, понимает их не сразу, переспрашивает. Настроение резко подавленное, на глазах слезы. Жалуется на тоску, скуку, ежеминутно хочется плакать, к горлу подходит клубок, в голове, сердце, ногах что-то трясется, отчего становится еще хуже. Счет правильный, но производить последовательное вычитание не может, забывает результат, из чего надо вычесть. Из 6 цифр повторяет 5. Сон плохой, утром встает, как разбитая, усталость, не хочется ничего делать, начнет и не может; раньше любила ходить в церковь, теперь и к этому нет желания; с вечера решит «завтра пойду в церковь», но утром, когда надо идти, сердцебиение, одышка, клубок подходит к горлу, не может заставить себя встать с постели. Бывают припадки, что-то вроде истерии— «душит— полежишь, отойдет». Боится оставаться одна, боится, что нечем будет жить, зять хочет обокрасть ее. дожидается ее смерти и хочет все состояние взять себе. Сама отмечает некоторое ослабление памяти —не помнит, что куда положила. Болезнь текла с колебаниями, не поправившись выписалась домой.

XI. Э., 46 лет, замужняя, дом. хоз., пост. 7/vi 20 г., выб. 17/лп 20 г. В детстве и ранней молодости всегда была очень живой, веселой, энергичной. Menses были правильны. По характеру до самого последнего времени была очень жизнерадостной, подвижной и веселой. Начало болезни относится к зиме 1919—20 г. Больная сделалась беспокойной, волновалась из-за

пустяков и жаловалась на сильную слабость. Все эти явления прогрессировали очень медленно. В начале мая муж больной стал замечать понижение памяти. Около 20 мая попытка на самоубийство — бросилась в реку, но сама вышла из нее. После этого состояние резко ухудшилось, усилились: тоску, страх и беспокойство; семью преследуют, все реквизируют, выгонят на улицу. Больная при поступлении плохо ориентирована во времени; на вопрос, где она находится, отвечает: «говорят в клинике, а я думаю во дворце». Ей кажется, что здесь я, царь с царицею и их сын. Речь иногда бывает бессвязна. Была тоска, был страх — «и теперь боюсь», у брата в Москве было страшно, «все слышала мои дети бегают, а их нет, кто-то революционные песни пел, собаки все время скверно лаяли». Просит ее не казнить. Жалуеться на ослабление памяти, счет и последовательное вычитание удаются плохо. Истощена. Тоны сердца глуховаты, границы его расширены влево. Сухожильные рефлексy живые, зрачки правильной формы, правый уже левого. Течение болезни с колебаниями, стала несколько лучше, покойнее, затем снова усилилась тоска, спутана, не узнает врача и персонал. Плохо спит и ест. Затем снова спокойнее, очень однообразна в своих жалобах и разговоре. Переведена в Ц. П. П.

XII. Ил., 41 г, девица, дом. хоз., пост. 17 уш 20 г., выб. 17/ix 20г. 4 сестры нервныe, одна сестра упрямая, тупая, неразвитая. По характеру всегда раздражительная, вспыльчивая, впечатлительная, веселая, резвая. Как-то ушибла себе висок до крови, с тех пор боится крови. 11 лет появились menses, после чего перестала ходить в школу, боялась, как бы в классе не появилась кровь. Из странностей в характере еще отмечалось-любила лошадей «больше, чем людей». Последний год больной пришлось пережить большую неприятность, когда в дом насильно вселили отряд солдат. В 1915 г. смерть жениха. В 1918 году смерть брата, единственной нравственной поддержки. После счeрти матери в 1918 г. больная подряда сознание, сколько времени это продолжалось, не помнит. Menses с 11 лет, за день или за два до них начинались головные боли, болела передняя часть головы, первые дни регул боль внизу живота. После смерти брата (1018 г.) menses участились до 2-х раз в месяц, ходили по неделе зараз. Головные боли усилились, боль внизу живо] а, исчезла. С мая 1920 г. потеряла желание работать, не охотно ухаживала в эго время за сестрой и ее мужем, болевшими тогда дизентерией. Как-то ночью встала с постели и стремилась куда-то уйти. В другой раз пошла по улице и стала просить прохожих отвeсти ее в больницу, как как сестра ежеминутно говорила ей, что не может л хаживать за ней. Не могла найти себе места, говорила, что надо говорить тише, а то кто-то ее подслушивает, преследует. В июле больную поместили в Калужскую психиатрическую больницу, где она не могла оставаться потому, что там было много беспокойных больных и

больных с ранами.

Вольная с ясным сознанием. Галлюцинации отрицает, определенных бредовых идей не высказывает, ей кажется, что на нее все смотрят, как будто бы кто-то следит, определенно не знает, кто и почему. Тоскует, плачет, самое лучшее ей умереть. Своеобразное отношение ко всему окружающему, врачи все время смеются над нею, издеваются, нарочно не допускают к ней родственников. Пребыванием в клинике тяготится, часто плачет. Вольные и персонал особенно к ней относятся, считают за особу, которая только и делает, что смотрит на часы и ждет когда подадут есть. Раньше она была больна, но теперь выздоровела, заболела потому, что много пришлось пережить Сон удовлетворительный. Выписалась в том же состоянии.

XIII. Петр.. 4, i л., замужняя, дом. хоз., пост. 9/хп 18 г., выб. 25/хи 18 г. Отец по характеру очень тяжелый человек, раздражительный, вспыльчивый и жестокий. Мать умерла от удара. Один из братьев порядком пьет. По характеру капризная, раздражительная, не сдержанная, не выносящая никаких противоречий, ревнивая, подозрительная, из-за ревности бросала в мужа вещами, один раз стреляла. Много пила — нередко до-пьяна. С июля месяца 1917 г. больная отмечает перемену в своем душевном состоянии, появились беспокойство, тревога, временами тоска, стала еще раздражительнее Вернувшись в половине сентября из магазина, где долго и безрезультатно простояла в очереди, много плакала, разбила посуду, мебель, кричала, обессилев уснула в слезах. В конце сентября заболела «испанкой», которой заболел и ее муж — муж умер 5 октября. После смерти мужа выгнала врача, лечившего его и сиделку, так как считала их виновниками смерти мужа. Смерть, как видимо, не особенно огорчила больную, больше тревожило предстоящее материальное неблагополучие. После неудач в хлопотах о пенсии больная стала плакать, волноваться, тосковать и говорить, что люди всегда к ней и ее мужу относились плохо, устраивали им разные заговоры, стала говорить, что ей не для кого жить и в декабре произвела попытку на самоубийство, приняв, невидимому, порошок морфия. Больная с ясным сознанием, ориентирована в месте и времени. неохотно поступила в клинику, недовольна пребыванием в ней, вначале неохотно рассказывает о своем бреде, тоску приписывает тоске по мужу, свою раздражительность и недомогание объясняет малокровием и ревматизмом. Однако из дальнейших вопросов во время пребывания больной в клинике удастся выяснить, что она считает виновниками смерти мужа- врача, фельдшерицу и коменданта, который был не в ладах с мужем. Врач дал ее мужу спирта, от этого он и умер. В красное вино тоже, может быть, было что-то подсыпано, так как больную вырвало, когда она два раза его попробовала С комендантом и еще какой-го барышней

из комиссариата, где служил ее муж, желает расправиться по выписке из клиники. Галлюцинации отрицает, некоторая слабость критики, жалуется на плохую память. Память и счет несколько расстроены. Мenses прекратились в октябре 1918 г. Левая граница сердца заходит за lin. mamillaris на 1 сант., правая посередине грудины. Тоны глуховаты. Сосуды слегка склерозированы Вольная выписалась без изменений.

XIV. В., 53 л, девица, учительница, пост. 22/т\ 19 г выб. 13/н 20 г. Больная переведена из тюрьмы, объективный анамнез настолько недостаточен, что нельзя даже установить точный возраст больной. По характеру всегда была несколько странным, но хорошим и честным человеком. Была учительницей, давала частные уроки, дети ее любили. Последние 5 лет стала нервнее, суевливей, раздражительнее, скоро уставала, стала засыпать на уроках. За последнее время растеряла все свои уроки, пришлось поступить горничной к женщине-врачу. Зимой 1919 г два раза перенесла рожистое воспаление лица. Вольная приехала из Петрограда в Москву с планами спасения России и для этого ей надо было повидать Ленина. Добившись свидания с секретарем Ленина, она выругала ее дурой—была арестована и переправлена в тюрьму, где появились галлюцинации слуха, зрения и обоняния. В то время, когда больная приехала в Москву, в голове у нее путалось, была как в тумане. На знакомую произвела очень странное впечатление - явилась без обуви с растрепанными волосами, была экзальтирована, запиралась в ванной комнате, где часами сидела в воде, куда-то исчезала. Больная среднего роста, достаточного питания, зубы верхней челюсти отсутствуют. Отек обеих ног. Тоны сердца приглушены, шум с первым временем у верхушки, наружные артерии достаточно мягки. Р 80 в 1, временами аритмичен. Больная неправильно ориентируется во времени (ноябрь 1907 г) и месте она в Германии, в своем замке, она герцогиня Брауншвейгская, Вухгольц фон-Шатирова, Бух-Бухгольц Рейнфальская, Крымско-Кавказская, она знает тайну, как умиротворить Европу, потому и хотела видаться с Лениным. Здесь в клинике ее окружают все знакомые лица и родственники — профессор — Ленин, женщина ординатор — его секретарь Ф, а остальные врачи и надзирательницы—ее сыновья Алег Олег, Игорь, Витя, Николай, Адольф, они защищают ее от английских шпионов, которые хотят похитить ее в Англию и заставить излечить от помешательства английский народ, подобно здешним, большевикам, заболевший от ядовитых индийских запахов Лотоса и Зеника. Для изучения нужно знать тайну особой песни, которую у нее хотят выведать. Все это она поняла лишь 3 года, раньше же была дочерью купца В., приехавшей в Россию гувернанткой. Больная оживлена, настроение благодушное, подвижное яркая, непосредственная реакция на все окружающее, воспринимаемое бредовым образом. В дальнейшем возбуждение несколько резче, временами

раздражительна, слышит голоса, высказывает бред преследования, на нее действуют электричеством, машина стоит под ее кроватью, волосы ее под влиянием электричества то растут, то уменьшаются, няня нарочно бросает ей их в пищу и т.д. Нередко больная производит впечатление, точно она шутит, высказывая свой бред величия и преследования. 23/х больная стала спокойнее, несколько критически относится к своим бредовым идеям. Больная очень нежно и умело ухаживает за другими больными особенно за больной Д. Учит одну больную немецкому языку. 26/х отмечается грустное, подавленное состояние, признает свои бредовые идеи за глупость. 27 - некоторое возбуждение, не совсем критическое отношение к своему бреду. При вопросе о выписке и дальнейшей судьбе обнаруживает полную беспомощность. Несколько подавлена, часто плачет, слабодушна, тревожна, обидчива, вмешивается у чужие дела. Переведена на Канатчикову дачу. Там в истории болезни от 1—20 мая отмечено следующее- держится спокойно и корректно. Много работает. Ни бредовых идей, ни галлюцинаций. Вполне критически относится к бывшему у нее болезненному состоянию. 21 мая выписана знакомой, как выздоровевшая.

XV. М., 52 л, замужняя, дом \оз., пост 20/1, выбыла 3/viii 20 г Тетка со стороны отца болела психически, заболела в преклонных годах, но выздоровела. По характеру добрая, уживчивая, общительная, живая, энергичная. Психически раньше никогда не болела. Мenses прекратились с августа 1919 г., начало заболевания - август 1919 г - совпало с их прекращением. Болезнь началась с бессонницы, подавленного состояния духа, раздражительности. Вскоре после начала заболевания больная поехала с дочерью за мукой в Сызрань и через 1 — 2 дня в дороге стала заговариваться, настроение было подавленное, была угрюма, молчалива, боялась окружающих, стала высказывать идеи преследования: их с дочерью будут обыскивать, отведут в чрезвычайку, там расстреляют и т. п. По приезде обратно в Москву продолжала подозревать всех окружающих, особенно соседей в каких-то злоумышлениях, они делают специальные знаки, делают фотографические снимки, все это поведет к обыску. Перестала спать, была в возбужденном состоянии, пела, ругалась, мною говорила о поездке в Сызрань, об обысках, о том, что ее обвиняют в том, что она плохо воспитывала детей; принимала одних лиц за других, в прохожих узнавала своих знакомых; затем стала ясно галлюцинировать, с нею говорили «они» — говорили на ухо то хорошее, то плохое ругались, бранили ее дочерей. В начале сентября стало значительно лучше, она стала совершенно «здоровой», начала спать и работать. В таком состоянии была только две недели, затем снова заболела, пришла в возбужденное состояние. Пела, «него говорила, ругалась, иногда пела в рифму, но без всякого смысла разные слова, то нараспев рассказывала разные события

из своей жизни. Снова появились галлюцинации слуха. Однажды перебила стекла своей комнаты, пришла в такое возбужденное состояние, потому что окружающие не хотели ей верить, что на верхнем этаже дачи будто бы находится ее брат, которого домашние обижали. Иногда была агрессивна. Иногда отказ от пищи, голоса запрещали больной есть. Почему-то избирательно — враждебно относилась к мужу, ничего от него не брала. Однажды мочилась в блюдце, называла мочу святой водой. Память на текущие события во время болезни ослабла, она путала праздники, забывала, что с нею было недавно. Последнее время называла себя безумной и сумасшедшей. Охотно поехала полечиться в клинику. Сознание у больной ясное, память ослаблена. Она не знает точно число, день, месяц, путает даты, из цифр повторяет 4. Счет слегка расстроен. У больной галлюцинации слуха, зрения и обоняния. Высказывает бред преследования и воздействия: ее гипнотизируют, на вес наводят какие-то зеркала, что-то подкладывают и т. д. Настроение у больной меняется, она довольно слабодушна, много плачет, то начинает смеяться. Больная иногда молча лежит в постели, принимая разные позы, и гримасничает, то возбуждается, громко поет бессвязные слова и фразы, вскакивает, набрасывается, однажды в саду без всякой причины неожиданно схватила камень и бросила его в другую больную. Сознает, что она больна. Тоны сердца глуховаты, артерии жестокловаты. В дальнейшем поведение больной такое же, то она более добродушна и спокойна, то она не отвечает на вопросы, закрывается с головой одеялом или же импульсивно приходит в возбуждение — бросает тарелки с пищею, нападает на окружающих, временами подолгу кричит или поет одно слово, одну букву; почти всегда радуется приходу своих дочерей на свиданье. Течение болезни с колебаниями; переведена на Канатчикову дачу не поправившись, где вначале отмечается: бьет стекла, рвет белье, неопрятна, собирает мусор, замкнута, не отвечает на вопросы, на свидании с дочерью разговаривает осмысленно. В ноябре 1920 г. держится спокойнее; к окружающему относится безучастно. На многие вопросы отвечает осмысленно. При свидании с дочерью проявляла интерес к домашним, после ухода дочери стала суетиться, часто подходила к двери, на вопросы отвечала невпопад. 28/XI 20 г. выписана дочерью в состоянии улучшения.

XVI. 3., 55 л., замужняя, балерина, пост. 20/iv 19 г., выб. 25/vn 19 г. По характеру открытая, общительная, но всегда озлобленная, сухая, никогда не смеялась от души, никогда ни оком не говорила хорошо, способна была гостеприимно принять человека, обласкать его, по уходе же его критиковать, искать недостатков бранить, озлобленно искать поводов для обиды, во всем усматривать неблагодарность, осыпать заведомо неверными обвинениями. Всегда раздражительная и раздраженная, была нетерпима, «несносна» в обществе,

создавала вокруг себя тяжелую, напряженную, взвинченную атмосферу. В семейной жизни была нетерпима придирчива, очень упряма, настойчива, мелочна, ревнива. Отец умер 86 лет от удара. Один из братьев перенес два приступа душевного расстройства в связи с нравственными волнениями меланхолического типа — поправился. С 15 лет страдает мигренью со рвотой, по окончании климактерического периода мигрени исчезли. Мenses с 14 лет, окончились к 50 годам без осложнений. По словам знакомой, болезнь началась уже 4 года, по словам же сына, который с нею не жил,—с октября 1918г. Жизнь зимой 1918—1919 г сложилась для больной крайне тяжело. В марте 1919 г. ее покинул муж и уехал к себе на родину. В марте 1919 г. больная переехала жить к сыну, когда он и заметил в ней резкую перемену— раньше человек живой, любознательный, многим интересующийся, теперь производила впечатление человека потухшего, равнодушного к тому, чем раньше жила. Была вяла, апатична, неряшлива, оживлялась только при разговоре о провизии и о большевиках, которых бранила. С ее приездом сын стал замечать пропажу продуктов, при чем она выпивала даже молоко и съедала кашку, предназначенную внуку. Пропадали также вещи, которые, повидимому, меняла на продукты. Брала не только у сына, но и у соседей. Как-то взяла деньги горничной у одних своих знакомых. Начало такой пропажи вещей и продуктов знакомая больной относит на 4 года тому назад. Больная с ясным сознанием, говорит, что ее поместили в клинику обманом, везли для переговоров с врачом о поступлении наместо, больная же считала себя здоровой. Настоящее помещение в клинику связано с неудачами последнего времени и душевными потрясениями. Факт пропажи вещей и продуктов отрицает, настроение у нее было подавленное, часто думала о самоубийстве и стремилась к реке, объясняя все это неблагоприятным и сухим отношением к ней окружающих. Счет и память слегка расстроены. Щитовидная железа прощупывается, левая доля увеличена, плотна. Сердце нормально, артерии жестковаты. Пульс 76 в 1. Сухожильные рефлексy живые, подошвенный и брюшные повышены. Понижение глоточного рефлексa, повышение тактильной и болевой чувствительности. В дальнейшем отмечалось усиление: тоскливости, раздражительности и симптомов базедовизма; по временам тревожна и подозрительна. Во время пребывания в клинике тщательно следила за своим туалетом, пользовалась авторитетом у больных, однажды взяла без спроса со стола черный хлеб. Переведена в Алексеевскую больницу. В тех сведениях, которые дала о себе, врачу больницы ясна склонность к лживости. Явления тоски, тревоги и раздражительности в больнице не отмечалось и больная 26 выписана сыном, как выздоровевшая.

Таким образом, всех случаев 16, из них 11 надо отнести к

меланхолическим формам, 3—к параноидным, 1—к кататонической и 1—с постепенным развитием упадка морального чувства. Деление это на группы, как всегда относительное, так как в меланхолических формах очень часто наблюдаются параноические бредовые идеи, нередко кататонические симптомы, в параноидных же часто наблюдается тоска и даже попытки на самоубийство; единственный случай, протекавший в кататонической форме, начался с тоскливо-бредового состояния. Все 11 случаев меланхолического состояния протекали в форме тревожной или прямо ажитированной тоски, во всех почти случаях отмечаются бредовые идеи, нередко с характером ущерба и преследования; в 7 же случаях бредовые идеи были выражены значительно резче, при чем среди них преобладали ипохондрические идеи и бред отрицания, доходящий иногда до резких степеней нигилистического бреда. Из 7 последних случаев галлюцинации наблюдались в 4, кататонические симптомы наблюдались тоже в 4 случаях. Таким образом, все 11 случаев можно, пожалуй, разбить на две группы: в 4 случаях тревожно-тоскливое состояние, без галлюцинаций и без кататонических симптомов с отдельными бредовыми идеями и в 7 — состояние ажитированной тоски с бредом, причем галлюцинации и кататонические симптомы наблюдались в 4 случаях каждые. К последней группе отнесли случай с циркулярным течением у больной Лин. Исход этих 11 случаев был следующий: относительное выздоровление в 1 случае, болезнь еще не прошла: в одном случае—после года, в 2— после 1,5 лет, в одном —после 2 лет; смертельный исход в 3 случаях, и в 3 случаях исход неизвестен, но больные выписались из клиники не поправившись. Не особенно резкие расстройства памяти и счета наблюдались в 8 случаях. Явления соматического артериосклероза в той или иной мере во всех 11 случаях; в одном случае, где при жизни расстройств памяти обнаружено не было, на секции явление макроскопически артериосклероза сосудов головного мозга.

Очень интересно проследить эти случаи с точки зрения индивидуальных особенностей их психики, т. — е. с точки зрения конституциональности, эндогении. С этой стороны все эти 11 случаев можно разбить на две группы: в первую войдут 7 первых случаев, во вторую — 4 последних. Для наглядности привожу краткое резюме из историй болезни, имеющее отношение к этому вопросу в первых 7 случаях.

I. П., 63 л., по своему характеру близко подходит к конституциональной депрессии. Склонен к реактивным, не резким меланхолическим состояниям. Заболевание связано с внешними причинами.

II. Л., 59 л., по характеру мягкий, добрый, нерешительный,

склонный к грусти. Наклонность к непродолжительным, реактивным меланхолическим состояниям. Заболевание связано с внешней причиной.

III. Н., 51 г., по характеру очень мнительная, чрезмерно-аккуратная, боялась всяких заболеваний, особенно заражения сифилисом. 18 лет, в связи с семейными неладами, заболевание, протекающее с подавленным настроением, отсутствием трудоспособности, исхуданием и судорожными явлениями. Поправилась, уехав из семейной обстановки. Заболевание связано с внешней причиной.

IV. О., 42 л., по характеру мнительная, тревожная, суевливая, подозрительная, ленивая, неустойчивая, при неудачах быстро приходила в отчаяние, легко плакала. Начало заболевания связано с внешней причиной.

V. Леб., 50 л., по характеру добрая, впечатлительная, очень мнительная. Склонность к кратковременным, реактивным меланхолическим состояниям. Заболевание связано с внешними причинами.

VI. М., 50 л., по характеру добрая, отзывчивая, веселая, общительная, но вспыльчивая, беспокойная и очень тревожная. Склонна к легким реактивным меланхолическим состояниям. Заболевание связано с внешними причинами.

VII. Дин, 47 лет, настроение всегда было ровное, хорошее, хотя отмечался по временам легкий уклон в сторону депрессии, человек всегда скромный. Склонность к тревоге, беспокойству и депрессии в связи с домашними неприятностями. Заболевание в связи со смертью мужа, причем реагировала маниакальным состоянием.

Обобщая все эти данные, невольно приходится прийти к тому убеждению, что во всех этих случаях мы имеем дело с людьми тревожными, беспокойными, добрыми, мягкими, впечатлительными, мнительными, склонными к легким депрессивным состояниям реактивного характера. Во всех также случаях заболевание совпало с внешними причинами. Повидимому, эта реактивно-депрессивная конституция, которую несомненно надо отнести к циклотимической с пожилым возрастом и начинающейся инволюцией значительно усиливается, появляется особая склонность к реактивности, к психогении. В этом смысле очень интересен и поучителен следующий случай.

XVII. Зв., 52 л., замужняя, дом. хоз., пост. 7/VI 21 г., выб. 22/X 21 г. Отец умер от удара; по характеру был добрый, вспыльчивый, нерешительный, мнительный, никогда ничем не был доволен.

Один брат «весь в отца», другой — «большой алкоголик». По характеру «вся в отца» — добрая, тревожная, нерешительная, в себе неуверенная. Мenses прекратились сразу семь лет тому назад, когда больной было 45 лет. Когда больной было 10 лет, отец хотел вторично жениться: это очень повлияло на психику больной, но что с ней было — выяснить не удалось. Когда больной было 24 г., скончался ее брат; смерть его сильно повлияла на больную. Когда ей было 35 лет, сгорел дом больной, после этого стала много плакать, нервничать, резко проявлялась нерешительность. Сильно выраженной тоски не было, через год все окончилось. В конце 1917 г., когда больной было 48 лет, умер второй брат больной; она поехала в другой город к нему на похороны, но вдова не приняла ее и выгнала из дома, через некоторое время появились угрозы реквизиции советом имущества; после всего этого больная стала много плакать, повторять 15—20 раз одну и ту же фразу о том, что ее ограбили, обвиняла всех в воровстве, по ночам ловила жилищ, когда они шли в уборную, обвиняла их в намерении грабить ее имущество; боялась, что нечем будет жить, что все погибнут, с одной и той же фразой приставала целые дни, признавала, что она назойлива, мешает всем жить. Вольная была помещена в специальную лечебницу, где через два месяца все обошлось. После этого к домашним событиям стала относиться равнодушнее. В конце 1919 г. (50 л.) больная поймала кухарку в воровстве, после этого опять то же состояние, но в более легкой форме; была помещена, в местную, общую больницу, пролежала там 1½ месяца, оправилась. После этого к домашним обстоятельствам относилась еще равнодушнее. В апреле 1920 г. какое-то легкое инфекционное заболевание. В середине мая снова поймала кухарку в воровстве, после чего и началось данное заболевание. Вольная с ясным сознанием, находится в тревожно-тоскливом возбуждении, все время ходит по палате, охает, стонет, хватается за голову, несколько подозрительно относится к врачу и к окружающему, спрашивает врача, зачем он ее расспрашивают, неохотно отвечает на вопросы, а затем сама пристаёт к врачу с одними и теми же вопросами и просьбой помочь ей, полечить, обратить на нее внимание. Высказывает бред ограбления, ее родные погибнут от голода, сама она не поправится. Грубых расстройств памяти нет, счет правильный. Тоны сердца глухи, лучевые артерии жестковаты. Вольная первое время находилась в состоянии тревоги и тоски, затем стала несколько спокойнее, но была крайне нерешительной, назойливой, однообразно приставала В одними и теми же жалобами и просьбами, часто жаловалась на тоску, на то, что голова пуста, голова ничего не соображает, она гложет, слепнет и т. д. Выписалась из клиники поправившись и в данное время чувствует себя хорошо.

Вольная с тем же характером, что и наши больные, с той же склонностью к реактивным депрессивным состояниям, для

вспышки последних двух приступов было уже достаточно такой незначительной при-чины, как воровство кухарки. Учащение и более легкое появление приступов совпадает с началом инволюции организма, случай отличается несколько более благоприятным течением заболевания, что, может быть, объясняется не столь резкими и злокачественными изменениями, которые сопровождают в данном случае инволюционный процесс, а, может быть, более резко выраженной эндогенностью, чем это наблюдается в наших случаях. Иную картину представляют из себя остальные 4 случая; привожу краткие выписки этих случаев.

VIII. Под, 57 л., по характер; суетлива, подвижна, несколько повышена, легко сходилась с людьми. После 4-х родов психическое заболевание. Непосредственных причин болезней не было, но у больной отобрали имение, резко ухудшились условия жизни.

IX. Пер, 58 л, по характеру всегда была веселая, необыкновенно живая, жизнерадостная, была очень общительна, легко сходилась с людьми, имела много друзей. После смерти ребенка 3 месяца подавленное состояние. В связи с событиями последних лет был целый ряд ХЯЖРЛЫХ переживаний. Резко ухудшились условия жизни.

X. Т., 53 л., по характеру веселая, жизнерадостная, взбалмошная, вспыльчивая, властолюбивая, энергичная и трудолюбивая. 44 лет с прекращением регул было около полугода подавленное состояние. Перед настоящей болезнью — инфлюэнца.

XI. Э., 46 л., по характеру до самого последнего времени была веселой, жизнерадостной, подвижной, энергичной. Внешние причины отсутствуют.

Здесь, наоборот, мы имеем дело с людьми веселыми, жизнерадостными, энергичными, общительными. Непосредственных внешних причин заболевания мы не видим, за исключением одного случая, где болезнь развилась как будто бы после инфлюэнцы; в двух случаях в связи с текущими событиями значительное ухудшение условий жизни и целый ряд неприятностей; в этих же двух случаях в анамнезе, один раз — маниакальное состояние после родов, другой раз меланхолическое состояние после смерти ребенка—тоже, как будто, скорее реактивно-лабильная, чем аутохтонно-лабильная конституция. Необходимо отметить, что в одном случае, тетка по матери 40 лет заболела психически и 54 лет, не выходя из больницы, умерла, в другом — два родных брата заболели 56 лет психически и умерли не поправившись.

На основании наших случаев можно было бы, пожалуй, притти к тому заключению, что положение Fauser'a и в особенности мнение Dreyfus'a — несомненно правы. Но вряд ли вопрос о пресенильных меланхолических состояниях решается так просто, что к маньяко-депрессивному психозу присоединяются явления артерио-склероза мозга или *dem. senilis*. Не так велики уже во многих случаях проявления симптомов как клинических, так соматических артерио-склероза и *dem. senilis*, чтобы ими объяснить как особенности течения, так и некоторое своеобразие картины меланхолических состояний пресенильных психозов; к тому же в случаях, где действительно мы можем говорить о присоединении к маньяко-депрессивному психозу артерио-склероза, клиническая картина болезни как будто бы несколько иная, где признаки того и другого заболевания обнаруживаются более ярко как в течение этих заболеваний, так и в отдельных симптомах.

Несколько глубже смотрит на вопрос Seelert, находя здесь не присоединение, а комбинацию эндогенной с экзогенной, при чем экзогену он понимает довольно широко, включая сюда физиологическую инволюцию, патологическую, явления артерио-склероза и старческого увядания. Мне лично этот вопрос кажется еще более глубоким и запутанным. Несомненно, что среди случаев пресенильного психоза встречаются люди, обладающие несколько своеобразной (тревожно-тоскливой) реактивно-лабильной конституцией; вполне возможно, что инволюция, как таковая, еще больше усиливает склонность к реактивности; но чем объяснить некоторое своеобразие этих меланхолических состояний, возникающих во время инволюции, и почему психозы эти встречаются не так уже часто, как этого следовало бы ожидать, так как инволюцию переживают все люди.

Тяжесть заболевания, истощение, иногда ведущее к смертельному исходу, отдельные патологоанатомические находки, начало заболевания, иногда совпадающее с прекращением регул, все это говорит за то, что отравление организма играет здесь существенную роль, но, невидимому, одного отравления еще недостаточно, необходима еще какая-то недостаточность сосудистой системы, может быть, содействующая этому отравлению. Здесь, может быть, будет уместным отметить, что из всех 17 случаев, приводимых в статье, в анамнезе: три раза отмечено, что отец умер от удара, один раз мать умерла от удара, один раз сестра умерла скоропостижно и, наконец, один раз отец страдал пороком сердца и мигренями, при чем в трех случаях наследственность была совсем неизвестна. Выносишь такое убеждение, что, кроме своеобразной индивидуальности психики, кроме самоотравления организма, необходимы еще: какая-то, может быть особая, организация сосудистой системы и ее изменения, возможно, что

это самые начальные явления склероза сосудов, неуловимые еще нами клинически. И таким образом вопрос запутывается до крайности.

Здесь возможны довольно разнообразные комбинации, и ставится целый ряд вопросов, на которые мы пока еще не можем дать сколько-нибудь удовлетворительного ответа. Во-первых, является вопросом, не стоит ли психическая конституция в этих случаях в связи с особым сосудистым предрасположением; давно уже высказывается мнение, что есть какая-то близкая связь между маньяко-депрессивным психозом и сосудистыми изменениями в головном мозгу, при чем в этих случаях возможна также и неправильная организация самой сосудистой стенки, на что указывает Binswanger; или же почвой для этих индивидуальных особенностей психики является такое взаимоотношение деятельности желез внутренней секреции или обмена веществ, которое пагубно и постепенно действует на сосуды, вызывая в конце концов к моменту инволюции их уже недостаточность; возможно предположить, например, что одним из таковых воздействий среди, может быть, многих других является усиление выработки адреналина при тревожных психических состояниях, при чем допустимо, что постепенно развивается явление их атероматоза, а склероза сосудов, клиническое проявление которых возможно будет различным.

Теперь встает вопрос, как комбинируется действие почти неизвестных нам ядов, вырабатываемых при инволюции с вышеупомянутыми индивидуальными особенностями организма; если допустить, что адреналин играет роль и при инволюции, то возможно, что действие инволюции будет совпадать и только усиливать прежде уже бывшие индивидуальные особенности. Если же здесь играет самостоятельную роль особая недостаточность сосудистой, гесп. лимфатической, системы, то инволюция, — по-видимому, ее усиливает. Конечно, все выше сказанное является только предположениями и приводится лишь для более наглядного иллюстрирования сложности и запутанности вопроса.

По-видимому, для возникновения пресенильных психозов в наших случаях был необходим целый комплекс условий: особое индивидуальное психическое предрасположение, изменение, хотя и не резкое, в сосудистой системе, самоотравление организма, вызванное его инволюцией, повышение реактивности и склонность к психогениям, и наконец внешняя психическая травма.

Конечно, комбинация этих условий при пресенильных психозах, может быть весьма различной, преобладать может то тот, то другой из компонентов. Например, при явлениях резкого отравления организма, может быть, совершенно отойдут на

второй план изменения сосудистой системы или индивидуального предрасположения и наоборот.

Несомненно, что во многих случаях мы будем иметь дело с чисто склеротическими изменениями сосудов, но является тогда вопросом, какова причина этих изменений, стоят ли они в связи только с инволюцией организма, или же они являются в тесной связи с индивидуальными особенностями самого организма и, может быть, еаь связь между состоянием его сосудистой системы и его психическими особенностями К тому а; е во многих случаях пресенильного психоза мы не можем еще пока уловить клинических симптомов, с уверенностью позволяющих нам ставить диагноз артерио-склероза пли сенильных изменений; развитие же этих явлений под конец болезни еще не исключает своеобразия пресенильных психозов.

Кроме того, все ли виды циклотимической конституции участвуют в возникновении пресенильных психозов, и, если нет, то какие? Затем каким формам пресенильных психозов больше соответствует та или другая разновидность этой конституции?

Остается не выясненным еще один вопрос, не играют ли роли в патогенезе инволюции заболевания и самих половых органов; некоторые намеки на это находятся в наших случаях. У одного больного был хронический уретрит с простатитом и с сужением канала, была длительно расстроена *potentia coeundi*, у одной больной в виду фибромы были экстерпированы матка и оба яичника, одна больная, страдающая женскими болезнями, кончила менструировать 38 л., и, наконец, у одной больной регулы сопровождались головными болями до и болями внизу живота во время *menses*.

Случаев с параноидными состояниями было всего три. За малочисленностью случаев трудно сделать какие-либо выводы, но приходится отметить, что в одном случае мать больной умерла от удара и в двух случаях психика больных отличалась несомненными индивидуальными особенностями, укладывающимися в широкие рамки „подвижной аффективной сферы» (*rege Affektivitdt*) Seelert'a. 14-й случай протекал так, что нередко возникало сомнение, не имеем ли мы перед собой просто приступ маньяко-депрессивного психоза, настолько жив был аффект и реакция на окружающее, и иногда казалось, что больная больше шутит, чем верит в свои бредовые построения, анамнез же ее и некоторые черты ее психики с ясностью указывали на начавшуюся уже инволюцию организма. Про кататонический случай необходимо отметить, что в роду больной кататоников не отмечалось, по характеру больная не подходит к шизофренической конституции. Начало же болезни совпало с прекращением регул, т. — е. с моментом наибольшей

пертурбации в организме.

16-й случай, 3, не укладывается в рамки ни одной из трех предъ-
1дущих форм. Хотя наблюдались подавленное состояние и
мысли о самоубийстве, но на первый план выступало моральное
отупение; некоторые намеки на аморальность имеются в
характере больной. Кроме того, случаи интересны изменениями
в деятельности щитовидной железы и прогрессированием
явлений базедовизма.

Литература.

1. Pauser, A. Zur Kenntnis der Melancholie. Zentr. f. Nervenheil, u. Ps> eh. 1906.
2. Thalbitzer, S. Melancholie u. Depression. Alia;. Zeitschr. f. Psych. 1905.
3. Thalbitzer, S. «Manischer Wahnsinn». Zeitschr. f. d. g. Neur. u. PS. 1910—4. Ke lim. Der depresshe Wahnsinn. Zentralbl t Лепен1н ilk. u PS 1910.
5. Drej fus, G. Die Melancholie etc. 1907. b. Kraepelin. Psychiatrie. 8 Aufl.
7. Specht, G. Cebei die Struktui u kimische Stellung der Melancholie agi-tata. Zentralbl. f. — Neivenhe 1k. u. PS. 1908.
8. Dulbin. Zur perniziцs verlaufenden Melancholie. Allg. Zeitsthi. f PS. 1907
- 9.!\7 its c lie. Jahresversammlung des Vereins bayer. Psych in Wunchen 13— 14 Juni 1905. A. llgem. Ztschr. f. Psych. Bd 62. S.864.
10. Gaupp. Die Depiessionszustande d (s uheun Lebensaiteis. Munch. JIX och. 1905.
11. Kleist. Die Involytionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. 70 u. l
12. Von-Hos shn. Die paranoiden Erkrankungen Ket. Zeitschi f d. ges. X. u. IV 7. 1059, 1913.
13. S eel er t. Ueber paranoide Erkrankungen im Piasenium. Kef. Zeitschr. t. d
ges. N. u. PS 7 1060, 1918.
14. Albrecht. Die funktionellen Ps\chosen des Ruckbildungsalters. Zeitschi, f. d ges. Xeur. u. Pъ 1914.

15. B u m k e. Die Diagnosen der Geisteskrankheiten. Wiesbaden. 1920

16. Seele r t Verbindung endogener u exogener Faktoren in dem Symptom-bilden u. der Pathogenese von Psychosen Berlin. 1919.

17 Spielmeyer. Die Psychosen des Jluokbilchmgs-n. Gieisenalters. Hand-bucl der Ps\ch herausgegeben — v. Pi. Asclmffenbuig, 5 Abt.. spez. Teil.

18. Stransk). Lehrbuch dei allgemeinen u speziellen Psjchiatue Leipzig-. 1919.

О симуляции душевных болезней

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

Когда школьник, не приготовив уроков или намереваясь весело провести время, чтоб не итти в школу, начинает жаловаться на мнимую головную или зубную боль, когда священник, не веря ни в бога, ни в чорта, торжественно и благочестиво совершает богослужение, когда врач, щадя безнадежного больного, говорит убежденно ему слова утешения и надежды, когда купец, сбывая плохой или даже среднего качества товар, распинаясь с самым искренним видом за высокое качество его, когда женщина под красивым нарядом скрывает свое некрасивое или даже уродливое тело или, ловко румянясь, пудрясь, мажа губы, перекрашивая свои волосы, делает интереснее, красивее свое лицо — во всех этих случаях речь идет об обмане, притворстве, или, выражаясь медицински, о симуляции состояний, не присущих в данный момент изображающему их субъекту. Количество примеров такого притворства можно привести до бесконечности, ибо оно встречается на каждом шагу как в мелких, так и крупных делах нашей жизни. «У человека, — говорит Джемс, — столько социальных личностей, сколько индивидуумов примечает в нем личность и имеют о ней представление. Мы выставляем себя в совершенно ином свете перед нашими детьми, нежели перед нашими клубными товарищами; мы держим себя иначе перед нашими покупателями, чем перед нашими работниками; мы — нечто совершенно другое по отношению к нашим друзьям, чем по отношению к нашим хозяевам или к нашему начальству». Словом, мы — в постоянной игре, мы все в той или иной мере актеры в великом спектакле окружающего нас человеческого общества. Источники этой вечной игры личности в жизни, этого притворства на каждом шагу заложены глубоко в человеческой психике, в ее филогенетических, инстинктивных слоях. Вот почему симуляция вовсе даже не представляет собой исключительно человеческого свойства: но она присуща и животным. Некоторые животные обладают способностью прикидываться мертвыми; другие, как напр., дикая утка, куропатка, лисица, когда угрожает опасность их выводку,

прикидываются хромыми, слабыми, неспособными к движению, желая отвлечь врага от своих детей на себя, как на более легкую добычу. Это акты инстинктивной защиты слабого от более сильного, акты инстинктивной симуляции.

И, однако, несмотря на распространенность способности к притворству среди людей, способности, имеющей корни во врожденных, инстинктивных защитных механизмах, еще недавно самыми крупными психиатрами вопрос о симуляции душевных болезней был поставлен под большое сомнение. После склонности психиатров прошлого столетия чуть не в каждом преступнике, заболевшем душевно, видеть симулянта, к началу нашего XX века установилось убеждение, что чистая симуляция — чрезвычайная редкость и в особенности у душевно-здоровых, что симулируются только отдельные симптомы и притом душевно-больными и что вообще доказанная симуляция свидетельствует о наличии душевной — болезни или аномалии (Краепелин, Jaspers, Monkmoller и др.). Но мировая война, заострившая и перетряхнувшая большинство вопросов нашей науки, заставила вновь пересмотреть и вопрос о симуляции душевных болезней. Тут справедлива мысль Utitza, что «ложь и симуляция учащаются благодаря обстоятельствам времени. Если они действительно полезны или кажутся только такими в борьбе за существование, то они расцветают. И они почти пропадают, когда лишаются почвы». Война с ее ужасами, от которых люди невольно обращались в бегство, ища для этого всяких путей, была плодотворнейшей почвой для симуляции. И она не только умножила количество случаев симуляции, но и дала действительные экспериментальные доказательства возможности симуляции. Это—случаи симуляции душевной болезни немецкими офицерами, находившимися в английском плену и освободившимися таким путем из плена. Klieneberger, описавший эти случаи, сам принимал участие вместе с другим врачом в инструктировании некоторых из этих симулянтов. Эти случаи позволили Klieneberger различать три формы симуляции: 1) фальсификация анамнеза, 2) медикаментозная симуляция (душевное расстройство, вызванное отравлением каким-нибудь медикаментом) и 3) симуляция душевного расстройства в тесном смысле слова. Успех симуляции в этих случаях сам автор приписывает частью тому обстоятельству, что симулировались болезни перед иностранными врачами, перед англичанами, совершенно естественно лишенными возможности достаточно углубленно понять психику немца. Но и это обстоятельство, до известной степени нарушающее чистоту опыта, было устранено в «лабораторных случаях» Hubnera. Опытное лицо Hubnera так великолепно симулировало меланхолию, кататонию и даже легкое маниакальное состояние и прогрессивный паралич, что ему удавалось ввести в заблуждение одного очень опытного и известного психиатра. Однако, по меткому выражению Bayl'я, «мы хотим казаться мудрее наших предков, а часто оказывается наоборот («nous voulons paroître plus sages que nos peres et

souvent nous le sommes moins»). Такая экспериментальная симуляция давно уже была известна психиатрам прошлого столетия. Напомню случай с Esquirol, когда он, убеждая своих учеников в невозможности симулировать истинный эпилептический припадок, получил от одного из них, д-ра Calmeilfl, тут же доказательство обратного положения. Calmeil внезапно упал в эпилептическом судорожном припадке и, только когда Esquirol выразил искреннее сожаление о тяжелой болезни своего молодого ученика, последний так же внезапно прекратил этот припадок, тут же доказывая Esquirol возможность симуляции эпилепсии. Немецкому крупному психиатру, Wesphal'ю, удалось доказать у одного испытуемого притворный характер припадков, признанных до этого тоже крупным психиатром, Romberg'ом, за припадки классической эпилепсии. После разоблачения симулянт проделывал припадки по заказу. Наконец, Laurent приводит случай симуляции психического расстройства, по описанию очень напоминающего кататоническое возбуждение, проделывавшееся испытуемым после его разоблачения по заказу в течение трех дней.

То же следует сказать и про другие два вида симуляции — медикаментозную симуляцию и фальшивый анамнез. Еще Павел Закхис в 1630 году говорит о симуляции пены мылом при притворных эпилептических припадках, а Fortunatus Fidelis в 1674 году о применении hyoscyamusa и gnandragora для вызывания душевной болезни. Что касается фальшивых анамнестических сведений, то о знакомстве с этим видом симуляции говорит так называемый folie pretextee старых французских психиатров. А не о той ли же презумпции ложного ответа свидетельствует категорическая и вошедшая в обиход формулировка вопроса о сифилисе, предложенная Захарьиным: «когда у вас был сифилис?» вместо: «Был ли когда-нибудь у вас сифилис?» А кому из психиатров давно уже неизвестна ценность субъективного анамнеза истериков или псевдологов, лгущих тут вовсе не бессознательно?

Словом, война не дала качественно новых фактов, но она доказала, что в трудных, общих для множества людей, обстоятельствах очень много. людей прибегает ко лжи и притворству, и симуляция душевных болезней перестает тогда быть редкостью. Война позволила приподнять хотя бы край завесы, скрывающей тайную механику симуляции. Но мало того, по верному замечанию Reinhardt, «благодаря войне несомненно много психиатрических сведений проникло в мир преступников, что в дальнейшем должно повлечь за собой более частую симуляцию душевных болезней последними».

В справедливости сказанного убеждают меня 5 лет моей, работы в московских местах заключения. Приводимые ниже случаи иллюстрируют различные типы симуляции и позволяют, как мне

кажется, проникнуть в тайную кухню симуляции).

1-й случай. В. Н. К — в, 31 года, крестьянин Тульской губ. Обвиняется в ряде ограблений, которые совершал следующим образом: заманивая жертвы к себе под предлогом продажи лошадей, он опаивал их «малинкой» (отравой — снотворным) и сонных обирал. Один из ограбленных им погиб от его «малинки». Таким образом он обвиняется кроме ограблений еще и в корыстном убийстве. Поступил в Институт Судебно-Психиатрической Экспертизы 1 июня 1923 года. Первые дни сидит большею частью неподвижно на постели с маскообразным лицом и глазами, устремленными в одну точку. Все время перебирает руками крестик, сделанный им самим из сучьев. Иногда удается отметить очень сознательный взгляд испытуемого, зорко следящий за больными и персоналом. На вопросы не отвечает, но недурно играет на гитаре. Сон и еда нормальны. Опрятен. На третий день сам обращается к некоторым лицам персонала с вопросом: «Вы не комиссар? А кто?». Садится на кровати к больным. На шестой день, когда должен был быть представлен на комиссию, по просьбе врача сообщил в связной форме приводимые ниже анамнестические сведения, причем выяснилось, что он отлично помнит все происходившее с ним и вокруг него с самого первого дня своего пребывания в Институте. Представленный на комиссию, вел себя по-прежнему. был совершенно недоступен, заторможен и стереотипен.

Вот какой анамнез дал он о себе. И мать и отец алкоголики. Отец умер от вина. Мать пила запоем и страдала судорожными припадками. Брат матери тоже алкоголик, страдает какими-то припадками, во время одного из которых пытался удавиться на чердаке. Брат отца — странный человек, ходит украшенный крестами и носит при себе всегда чудотворную коробочку, он также алкоголик. У родителей испытуемого было 18 человек детей, из которых в живых сейчас трое: сестра, старшая из троих, отличается склонностью к тоске, много пьет вина: второй брат — какой-то несуразный человек, совершает часто нелепые поступки, например дрова несет не туда, куда надо, или снег, вместо того, чтобы отгрести от дома, собирает к дому и т. п.; запойный, во время запоев пропивает вес с себя; наш испытуемый — третий. Рос он без призора родителей, так как оба они были пьяницами. Из детских болезней перенес корь и скарлатину. Учился в городской школе всего два года, так как дальше не позволили материальные затруднения.

Учился хорошо. С 13 лет на воспитании у тетки в Пензе. Через 2 года старшая сестра взяла его к себе и устроила переплетчиком в одну контору. Через 4 года ушел со службы и занялся рыбным промыслом. На 22-м году жизни женился. Имеет двух детей, из которых старшая дочка, 7 лет. — умственно отсталая. В 1915

году взят на войну. В 1916 году — контужен. 4 месяца лежал в госпитале; был все это время без памяти, «находила задумчивость, тоска». После контузии освобожден от военной службы. В 1918 году был взят вновь на военную службу, прослужил в качестве летчика-наблюдателя до 1921 года. По демобилизации поступил на службу в приемную комиссию Центрокожи Туркеспублики. Служил до 1922 года, когда был уволен по сокращению штатов. Переехал в Пензу, где занялся рыбной торговлей. В декабре 1922 года приехал в Москву за покупками и на вокзале был арестован из-за гражданина, с которым только что тут же, на вокзале, познакомился. Виновность свою в ограблениях и убийстве отрицает.

Сам себя характеризует как человека, очень много пьющего, имеющего пристрастие к азартной игре и сексуально распущенного, вследствие повышенного полового влечения.

Сложения он атлетического. С неврологической стороны кроме отсутствия глоточного рефлекса больше отметить ничего не приходится.

При проверке опросом сестры испытуемого, арестованной с ним по одному делу, приведенные анамнестические сведения в огромной части оказались сплошной выдумкой. По словам сестры в их семье вовсе нет ни алкогольной, ни психопатической наследственности: родители вовсе не пьяницы, и мать никакими припадками не страдает. Старший брат также не алкоголик и без всяких странностей, наоборот, вполне толковый и хороший работник. Сама сестра испытуемого тоже не пьет. Далее у подсудимого никаких детей нет и не было. О контузии и какой-либо психической болезни у испытуемого сестра никогда ничего не слышала. Зато она подтверждает его склонность к алкоголю и азартной игре в карты.

11 июля испытуемый был выписан в тюрьму с следующим заключением: «К — в душевную болезнь симулирует. Симуляция имеет корни в психопатической склонной ко лжи и обману личности К—ва. Преступление совершено в состоянии вменяемости. Подлежит выписке из больницы».

В тюрьме у К—ва восстановилось правильное поведение и разговор. Так однажды он высказал коменданту сожаление, что не удалось провести психиатров.

Картина симулированного психоза имеет сходство с ступорозным состоянием. Сам симулирующий — явный психопат, невидимому, типа «импульсивных». Самое яркое во всей симуляции — вымышленный анамнез, что удалось установить контрольным опросом сестры испытуемого. Этот анамнез удивительно ярко отражает в своих вымыслах самого

испытуемого: всюду алкоголизм, и в наследственности и как фактор психозов у родных: а второе, это — нелепое поведение и дементность мнимых душевно-больных родственников; в этом последнем сказывается его понимание душевной болезни, ибо так он и сам изображает ее.

Но из судебно-психиатрической практики известно, что далеко не всегда родственники или знакомые так несогласованны в даче анамнестических сведений с самим испытуемым, что дело обстоит в большинстве случаев как раз наоборот. Вот почему рекомендуется не доверять и анамнезу, даваемому родственниками эксплоранда.

Следующий пример вскрывает и эту интимную сторону симуляции.

Не буду подробно останавливаться на описании самого подэкспертного П. и его анамнезе, скажу только следующее:

2-й случай П.. 24 лет, вор-рецидивист, несколько дебильный субъект, аггравирующий свою умственную недостаточность (явления псевдодеменции); главной жалобой его являются короткие приступы затемнения сознания, о поведении во время которых он ничего не помнит. Начались они после огнестрельного ранения головы в сентябре 1923 года в Ростове-на-Дону, которое он будто бы подучил там от своего соперника в любовном деле. Действительно, в теменной области, по саггитальной линии, почти на шве между теменными костями, имеется болезненный рубец в 2см. с дефектом костей. В Институте П. пробыл с 31 мая по 25 июня 1924 года. За это время у него были припадочные состояния, в которых он внезапно срывался с койки и бросался головой в дверь или в окно, утверждая, что он в это время галлюцинирует — видит «мужика с черными усами, который смотрит на него». После таких припадков сразу в ясном сознании, никакой оглушенности.

Вот какие письма пытался он отправить своим близким: Здравствуйте многуважаемая Таня и Вася посылаю вам свой сердечный привет и от души наилучшего пожелания еще кланяюсь Мите и Куве и если на воле брат еще кланяюсь дорогой сестре Клавдии и Шуре заочно всем посылаю воздушный поцелуй. Таня у меня есть для тебя очень большая просьба это ты больше сведущая в этом как получишь мое письмо то тут же наладь ко мне Клавдию, все равно если она больная все равно пусть придет ее доктор главный велел мне вызвать и пусть она ему скажет следующее: что у меня бывают припадки но очень редко, даже на себе все рвал, еще что он часто бился в окны головой и сильно пил водку, спроси г когда ранен скажи что в 1923 году где, не знает, он говорил что в

Ростове на Дону в голову но я была в деревне в это время, еще спросит мать страдала припадками и умерла душевно-больной, с отцом не жила и он отец был сильный пьяница, а остальное пусть говорит все о чем он будет ее спрашивать но обо мне она должна только спросить что с ним опасная болезнь или нет вот. Таня этому ее научи, как ей все это сказать врачу. Таня через ... буду на воле так обязательно сделай все это половине моей болезни что я ее здесь проделываю. Таня вот в чем моя просьба. У вас буду. На воле не забуду, за все отблагодарю главное я получаю документ душевно больной, за свои действия не отвечает, хотя тогда может больше придется гулять на воле. Таня если это письмо придет по почте но если по рукам то пожалуйста заплати за ходьбу санитару. Таня а Клавдию хотя без передачи пришлите или пусть принесет фунта 2 сит и 1 п. папирос. Передай здесь не очень голодно, главное и если брат на воле и если он придет то пусть не говорит что он мне брат а просто знакомый по Шурке— скажи чтобы она не серчала что я обратился не к ней, но к тебе, потому что тебе больше дашь наставления Клавдии как все сказать врачу.

Затем досвиданья, остаюсь любящий всех вас Шура. Как письмо получите тут же пусть она придет иди одна или с Шуркой. Заочно целую 100 раз.

Здравствуй Шура прошу тебя не обижайся на это письмо что я написал на Таню и Васятку, потому что мне не известно кто у меня был во вторник, какой-то молодой человек, но как твои дела я не знаю и тебя не видел уже 2 недели, а письмо очень нужно. Шура в среду дадут свидание. Приезжай вместе с Клавдией.

Остаюсь любящий тебя твои Шура.

Если письмо принесут, то заплатите, за ходьбу пожалуйста, а то мне будет стыдно, если не заплатите ему.

Многоуважаемая Таня и Вася, как нынче получите мое письмо так завтра же пришлите ко мне Клавдию к 12 час. дня чтобы она была здесь, ей должен допросить доктор о моей болезни, все это описано все, научи ее рассказать доктору о припадках пусть она скажет, что бывает в месяц раз не больше но в окно или двери бьется головой часто как растроется. Многоуважаемая Таня прошу пожалуйста заплатите за ходьбу этому человеку, потому что я решил послать к тебе, потому что иначе ни как нельзя, в этом письме вся моя судьба и ради моего спасения заплатите ему за доставку этого письма. Таня дай мне ответ с ним же что

получила и что все это вы устройте, но обо мне она только пусть спросит как мое здоровье но для близиру принесите передачу чегонибудь, как ничего не знаете что я вам сообщил, потому что как она придет первым долгом ея будет допрашивать доктор о моей болезни, на той недели будет комиссия. Таня надеюсь что все устроиш как надоть.

За все я буду тебе обязан незнаю чем. Остаюсь Шура.

Таким образом, в этом случае ясна наивно-построенная симуляция дебиликом, имеющим черепное повреждение, травматических эпилептоидных припадков; характерны для симуляции и зрительные галлюцинации, ибо именно их, а не слуховые галлюцинации, обычно симулируют. Но самым интересным является инструктирование родственников в даче соответственного анамнеза, в котором не только травма и припадки, но не забыта и патологическая наследственность.

Но если тут инструктируются родственники, то в следующем случае инструктирование касается воспроизведения самой болезни, и весь анамнез уже потом подгоняется под эту болезнь.

3-й случай. Дело идет о Федоре Ч.. 17-летнем юноше, воре-рецидивисте с многочисленными судимостями. В Институт он поступил 16 января 1923 года, выбыл в тюрьму 9 февраля. Страдает типичными травматическими припадками с командованием, которые у него чуть не ежедневно вызываются незначительными волнениями. Все время пребывания в Институте возбужден, агрессивен, набрасывается на больных и персонал, ломает двери, циничен, требователен, при отказе в требованиях — припадки. Но все время сознателен. Что бывает во время припадков, не помнит. Очень труден для ухода, а в таких случаях совершенно естественно создается у всего персонала, в том числе и у врачей, тенденция провести больного по возможности скорее через комиссию (это прекрасно знают и сами больные). Начались припадки, по его словам в 1920 году после контузии в голову на кавказском фронте, куда он попал, поступив в армию добровольцем. Пролежал 4 месяца в госпитале в Тифлисе. Затем лечился на курорте в Кисловодске, Со времени контузии при нем всегда ездит его двоюродный брат. В 1921 году опять лечился от припадков в санатории «Петровский Парк». Алкоголя не пьет, кокаину не нюхает. Нюхал раньше во время службы в автомобильном отряде эфир. Судимости отрицает, обвиняет уголовный розыск в ложных сведениях. Утверждав к что ему не 17 лет, как это значится в бумагах, а 23 года.

Однако на комиссии выясняется, что это мой старый знакомый и

что лет ему действительно 17. В 1920 году он был не на Кавказе, а сидел в Таганской тюрьме в отделении для малолетних, отбывая 14-летним мальчиком наказание по постановлению комиссии для малолетних за воровство, которым л же тогда занимался несколько лет. Там он, поссорившись с представителем Центрокарота, бросил в него бутылкой. Последний обратился ко мне с просьбой осмотреть его. Я имел неосторожность перевести его для наблюдения в психиатрическое отделение тюремной больницы. Ни о каких припадках и контузии тогда не было и речи. Но дней через десять по поступлении в больницу у него появились припадки. Тут же был раскрыт и инструктор по этому делу. Это тоже вор-рецидивист, лежавший в больнице по поводу истерических припадков. Его работа по обучению припадкам заключенных была раскрыта нам врачом, арестованным по политическому обвинению и лежавшим в соседнем нервном отделении. куда этот «учитель» являлся в отсутствии персонала и довольно открыто обучал заключенных припадкам. Отсюда же и припадки у Ч. Хотя он немедленно был переведен обратно в Таганскую тюрьму, однако уроки даром не прошли. Он сумел повторить эти припадки через много лет, сумел придумать для них подходящий анализ, умолчав свое пребывание и уроки в течение 10 дней в тюремной больнице. Когда Ч. 9 февраля 1923 года перевели из Института после комиссии в ардом, то он при появлении поднял там такой шум, что его связанного вернули обратно. Тогда он тут же был отправлен в Таганскую тюрьму. Там при приеме он пытался вновь разыграть «дикого человека»: он разделся догола, вырвался из рук конвоя, вскочил в канцелярию и с эрегированный penis'ом набрасывался на конторщиц. В дальнейшем водворенный в тюрьму успокоился, окончились и припадки.

Недавно мне пришлось его опять увидеть в тюремной больнице в отделении для лует-иков. На мое замечание, зачем он все это проделывал в 1923 году, он рассмеявшись, ответил: «Да! Чересчур горячо взялся за это дело, оттого и не вышло».

По характеру импульсивный, возбудимый, внушаемый и морально дефектный при недурно развитом интеллекте.

В Институте Ч. справедливо трактовался как аффект-эпилептик; этим психопатическим складом, мне кажется, объясняется то, что вначале притворные припадки, в дальнейшем механизировались. Тут можно говорить об «аутосуггестивных конвульсиях» Stollfl, когда произвольно начатый припадок протекает в дальнейшем при выключении сознания, автоматически.

До сих пор была симуляция кратковременных душевных расстройств: их легче симулировать, чем длительные

психические заболевания, а потому их чаще и симулируют. Однако, в тюремной практике встречается нередко и симуляция длительных расстройств и из них чаще всего дементные состояния сплошь и рядом с тенденцией изобразить органическое заболевание. Для этой последней цели прибегают и к медикаментам. Администрация одной тюрьмы показала как-то мне письмо моего пациента, принадлежащего к психопатическим личностям типа «врагов общества» и однажды уже экскульпированного вследствие душевной болезни. В этом письме он просил своих знакомых доставить ему 20 грамм хлоралгидрата, 10 — веронала, 2 грамма атропина и несколько грамм кокаина, и тогда он убежден, что врач-психиатр мест заключения признает его душевно-больным. Одно время в Институте Судебно-Психиатрической Экспертизы участились подозрительные в смысле артефициального происхождения расстройства зрачков, и это привело к тому, что теперь в Институте стала постоянной и обязательной консультация с офтальмологом. Однако и без медикаментов, пользуясь некоторые свои неврологические дефекты или даже воспоминания о перенесенном раньше нервном заболевании, криминальные психопаты умеют изображать психическую болезнь органического характера.

4-й. случай. Один корыстный убийца, старый каторжанин, в течение нескольких месяцев в 1921 году вызывал в каждой комиссии экспертов большие колебания. 48-летний возраст его, несколько тугая реакция на свет зрачков (повидимому, вследствие алкоголизма), дементные ответы, тупое, вялое поведение, маскообразное лицо и, наконец, парепарез нижних конечностей (с чрезвычайным трудом передвигался, опираясь на палку), при недержании мочи (лежал в постели постоянно с уткой) и указание самого испытуемого на lues в прошлом — каждый раз наводили комиссию на мысль об органическом страдании центральной нервной системы. Однако отрицательный WR в крови, отсутствие какой-либо патологичности в рефлексах конечностей, псевдодементность, а не дементность и, наконец, характерные эпилептоидные расстройства настроения склонили мнение комиссии к признанию только психической дегенерации, не исключающей вполне вменяемости. Повидимому, узнав об этом, он бежал, пользуясь помощью заключенных, он спустился по связанным простыням, перелез через довольно высокий забор и оставил в Институте насмешливое письмо. Оно написано на старом бланке Центрального приемного покоя для душевно-больных; на некоторые вопросы бланка он ответил так: звание — «дварашш», по чьему распоряжению помещен — «Судебного Следователя», при каких условиях помещен — «кормить хорошо», имущественное положение — «агенты обокрали» и т. д., а на обороте написано было им следующее: «Числа и года не помню, но день помню. Я уезжаю за продуктами в понедельник.

Месяцев 5 или 6 я пролежал и много, что я увидел здесь. Кормют очень плохо, но как только мне стало лучи, мое здоровье, тогда я сейчас же уезжаю за продуктами. Для больных привезу продуктов. Вольных прошу мою кровать не занимать. Для врачей я привезу дичи, для сестер привезу муки. А для няnek привезу крупы. Пока прощайте». Объективный анамнез позволяет предполагать, что у испытуемого 3 года тому назад был ischias, от которого он излечился.

Некоторые склонны думать, что из типов психопатов симулируют душевные болезни преимущественно патологические плуты и лгуны. Однако, описанные сейчас наиболее часто симулируемые состояния ступора, припадков и апатического слабоумия обычны именно для других типов психопатических личностей, но не для псевдологов: ступор чаще всего симулируется импульсивными, припадки — аффективными эпилептиками, эпилептоидами, истеричными, дебильными и инстаблями, выбирающими для симуляции соответственно своему невыдержанному, безвольному характеру короткие состояния и, наконец, апатические состояния — врагами общества и эпилептоидами.

Богатство фантазии псевдологов и их искусство вообще играть позволяют им разыгрывать более сложные и разнообразные картины психозов соответственно требованию сложившихся обстоятельств и, надо отдать им должное, весь спектакль имеет более искренний и естественный характер, чем симуляция других психопатов. Тут разворачивается во всю ширь их талант к комедиантству (немцы их и называют komodian-tennaturen).

Случай. Один из моих тюремных пациентов, удивительный авантюрист, выдававший себя с успехом за врача, агронома, инженера и г. д., имевший одно временно пять законных жен, несколько фамилий, создавший своей фантазией страшные заговоры, которые ввели многих в заблуждение, словом проделавший ряд прямо Ракачболевских приключений, при чем следовательно, знакомя экспертов с делом, подчеркивал бескорыстный характер большинства этих проделок Это были авантюры ради авантюры. Вот этот 30-летний псевдолог также многообразно и удивительно ловко разыгрывал психические болезни Когда нужно было, у него появлялись то припадки, то приступы затемненного сознания; при допросах следователем он в критические моменты вытаскивает очень объемистый порошок похожий на морфий, и на глазах следователя принимал его, конечно, без всякого вреда для своего здоровья, но разыгрывая умирающего Но главная роль его была шизофрения, тут и расщепление психических процессов и прекрасные придуманные речевые стереотипии, и импульсивные поступки, и галлюцинации и т.д. Правда, в изображении этой психоза и сочинении соответствующего анамнеза ему помогали

соблазненные им женщины врачи-психиатры тех больниц, на испытании в которых он находился. Когда последняя экспертная комиссия не признала его страдающим шизофренией, он с огорчением добивался у своего ординатора причины этого.

Как раз эти случаи симуляции псевдологами лучше всего доказывают, что провести границы между сознательной и бессознательной игрой даже при явной искусственности психоза нет возможности и что для симуляции необходимо наличие патологического источника в психике симулирующего.

Я в своей тюремной практике не знаю совершенно нормальных людей, симулирующих душевную болезнь. Симулируют психопаты разных оттенков и степеней. И это понятно, ибо им, людям примитивной, частично или в целом инфантильной психики присуща, как и детям, ложь, это первобытное орудие самозащиты, присуща им и способность к истерическим реакциям, этим по Краепелин филогенетическим приспособлениям психики. Кстати, склонность к истерическим реакциям у детей некоторыми авторами (Reinhardt) признается не патологической, а физиологической склонностью. За таковую следует ее принимать и у психопатов, так как вся психика их равняется на детскую психику. Исходя из этих основных качеств психики криминальных психопатов, которые так часто прибегают к симуляции в тюрьме, следует сказать, что симуляция у них — акт чисто животной инстинктивной самозащиты, и границ между сознательным, так называемым истерическим притворством тут нет и не может быть, ибо и то и другое, как и вся жизнь этих людей, все поведение их, определяются непосредственно низшими примитивными инстинктами, неподчиненными руководству развитого сознания нормальной личности. Их сознание вместе с другими высшими психизмами остается на детской ступени развития, на которой оно не умеет проводить границ между реальным и фантазией, на которой оно не является господином психики, как это присуще нормально развитому сознанию взрослого человека. Этой лабильностью сознания личности, по терминологии Bonhoeffer'a, объясняется то, что сознательному желанию быть психически больным у этих людей всегда готовы к услугам подсознательные инстинктивные механизмы нашей психики. И симуляция, и психопатические примитивные (в большинстве случаев по своим механизмам истерические) реакции, как явления одного порядка, представляют собой физиологическое свойство их инфантильной психики, а, следовательно, для них и то и другое само по себе не является состоянием болезни. Это выражение приспособительных, постоянно действующих в них механизмов их психопатического характера. Биологически болезнь определяется как «состояние живого организма на границе способности приспособления» (Lenz). Вряд ли кто-нибудь из биологов назовет болезненным состояние хромающей

куропатки, защищающей таким образом свой выводок, хотя формально эта хромота воспринимается как болезнь. И симуляция и психопатические реакции психопатов—защитные действия того же порядка. И они нередко действительно спасают психопатов там, где другие, так называемые нормальные люди, погибают. Болезнью эти состояния можно назвать тогда, когда они развиваются у лиц с развитой зрелой психикой, снижающихся в этих состояниях до примитивных форм психической жизни. С этой точки зрения часто совершенно бесплодные стремления доказать сознательность притворства не могут иметь никакого практического значения. Если все поведение психопатов в судебно-психиатрической практике рассматривается в большинстве случаев под углом зрения уменьшенной вменяемости, то ни симуляция, ни тюремно-психотические реакции, как отдельные эпизоды их вообще первобытного поведения, ничего прибавить к этому не могут.

В этой концепции понятны и формы клинического проявления симуляции. Тут господствует правило Laseguea: «on n'imite bien que se qu'on a». А это значит, во-первых, что каждая индивидуальная форма симулированного психоза определяется типом психопатического склада симулянта или, иными словами, она строится, как и психотическая реакция, конституционально-характерогенно, а во-вторых, что все многообразие форм симуляции предопределяется многообразием примитивных психизмов, участвующих как в примитивных психогениях, так и психозах сложной психики. Отсюда понятно, что симулируются всякого рода эпилептические и истерические расстройства, кататонические психозы и состояния слабоумия, но не приступы маниакально-депрессивного психоза, как чистые формы душевной болезни сложной развитой психики. Осмеливаюсь утверждать, что симуляции депрессивных состояний также, как большинству реактивных депрессий, свойственны больше примитивные аффекты страха или состояния апатии, роднящие их с соответственными состояниями при шизофрении, и что симулированные маниакальные состояния несут на себе печать пуэрилистического характера, придающего им сходство с гебефреническим возбуждением.

Симулируют ли душевное расстройство так называемые нормальные или психически уравновешенные здоровые люди? Симулировать в целях экспериментального изучения симуляции они могут, как это и имело место в опытах Hübnera и Utitza. Klieneberger заявляет, что его 10 случаев симуляции относятся к здоровым людям. Но я сомневаюсь, чтобы все симулянты Klieneberger были вполне уравновешенными психически людьми. Одного из них он сам признает психопатом, другой, летчик, потерпел аварию. Ну, а само пленение для других его пациентов не было ли психической травмой? И не было ли оно только одним из звеньев бесконечной цепи вредных воздействий

на психику войны, породившей и активировавшей такое количество психопатий? В здоровой сложной психике современного человека низшие влечения и психизмы стоят на службе у высших социальных инстинктов и способностей, а тогда и притворство претворяется в социально-полезную способность.

Литература.

1. Джемс. Психология.
2. Utitz, Emil. Psychologie der Simulation. 1918.
3. Klieneberger, Otto. Ueber die Simulation geistiger Störungen, Zeitschr. f. g-es. N. u. PS Band 71. 1921.
4. Того же автора. Zur Frage der Simulation (Amnesienäuschung) Ibidem Band 75, 1922.
5. Hubner. Weitere Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage Dtsch. med. Wochenschr. 1919, Heft 4.
6. Kraepelin. Psychiatrie, 8 Aufl.
7. Johannes Brossier. Die Simulation von Geistesstörungen und Epilepsie 1904.
8. Говард Симуляция дел; шевных болезней и патологическое притворство-1894.
9. Emil Kaimann. Ueber Simulation von Geistesstörungen, Simulation. Gesammelte Aufsätze. 1907.
10. Eaecke. Simulation geistiger Störungen Monatschr. f. Kriminalpsych. und Strafrechtsr., Heft. 1/4, 1924.
11. Birnbaum. Kriminalpsychopathologie. 1921.

К вопросу о паранойе и параноической конституции

**Труды клиники на
девичьем поле**
П.Б. Ганнушкин

За последние годы через психиатрическую клинику 1-го Московского Государственного Университета прошло большое количество больных, диагностированных, как параноики в смысле Краепелина. Появление в психиатрическом учреждении такого количества параноиков (формы, вообще говоря, редко попадающей под наблюдение психиатров) по всем данным приходится отнести за счет переживаемых нами за последние годы событий, за счет тех пертурбаций и сдвигов во всех, областях жизни, в неопределенной атмосфере которых для каждого параноика представляется необычайно широкое поле

деятельности для выявления патологических особенностей его характера.

Но, с другой стороны, было бы ошибкой обилие изучаемого материала относить исключительно за счет благоприятной в этом отношении внешней обстановки. Не последнюю роль, по нашему мнению, играет и то обстоятельство, что установленное за последнее время (Краерелін) точное ограничение параной, как болезни, характеризующейся постепенным, основанным на эндогенных причинах, развитием стойкой непоколебимой бредовой системы, которая идет параллельно с полной сохранностью и ясностью интеллекта, в значительной мере облегчает диагностику и позволяет выделить паранойю из той массы случаев, которые в настоящее время мы относим к шизофрении и маниакально-депрессивному психозу.

Не касаясь сознательно литературы данного вопроса, так как, с одной стороны, это слишком расширило бы рамки нашей статьи, а с другой стороны, и не входит в данный момент в нашу задачу, перейдем к описанию случаев, прошедших через нашу клинику в период от 1919 г. до 1922 года.

Случай I. Больной Ч. 28 лет, окончил железнодорожное училище, по профессии хиромант.

Со стороны наследственности отмечались психическое заболевание матери и алкоголизм брата больного.

Больной происходит из крестьянской семьи. Развивался нормально. С детства по характеру общителен, жив, весел, добродушен, но в то же время настойчив и фанатик своих убеждений.

С 14 лет начинает самостоятельную жизнь. Переменив ряд профессий, в конце концов будучи матросом, случайно попал к хироманту в Баку, который производит на него большое впечатление своими гаданиями и предсказаниями; в результате — больной остается у хироманта учеником и в конце концов делается профессиональным гадалщиком.

Еще до этого у больного отмечалась склонность ко всему чудесному и мистическому. 15 лет больной в первый раз галлюцинировал—за несколько тысяч верст в подробностях видел смерть отца. С этого момента, по словам больного, у него устанавливается «постоянное тесное общение с загробным миром», которое и легло в основу бреда, под влиянием которого складывается вся его последующая жизнь. С 20 лет, под влиянием бредовых идей («по приказу высшего существа») он начинает в широких размерах заниматься благотворительностью, с течением времени у больного формируется стойкая бредовая система, содержание которой в

общих чертах таково больной — человек совершенно исключительный, имеющий возможность свободно общаться с миром духов и тем самым познавать Вселенную вообще и жизнь отдельных людей, в частности, с совершенно особых, недоступных другим людям точек зрения. Ему открыто как прошедшее, так и будущее. Обладая этими способностями, больной, общаясь с душами людей, может влиять на них на расстоянии. Кроме того, постоянно общается с «высшим существом» т-е. с богом. Благодаря всем этим особенностям, больной, по его словам, принимает- самое активное участие в жизни всего мира и, между прочим, даже может влиять на ход исторических событий — по его намерению, например, было издано в свое время несколько декретов, касающихся призрения детей.

Имея большой успех, как хиромант, больной все время жил в очень хороших материальных условиях и, кроме того, имел возможность порядочную часть своих доходов тратить на благотворительные цели.

В 1918 году по инициативе больного организуется «Братский Союз» — общество, имеющее целью помогать детям и военнопленным, в члены которого вступает целый ряд видных московских общественных деятелей. На средства общества больной организует в Москве ряд столовых для детей, развивает в этом направлении крайне энергичную деятельность и в 1919 году отправляется на Украину для покупки сахара для этих столовых. Купив сахар и привезя его после целого ряда затруднений в Москву, больной узнает, что согласно общим порядкам сахар его подлежит реквизиции и, таким образом, не попадает в детские столовые. Тогда больной продает сахар по спекулятивным ценам и с вырученными деньгами отправляется в Екатеринбург для организации там продовольственной помощи детям. В Екатеринбурге он получает извещение из потустороннего мира об ожидающей его в скором времени крупной неприятности, предполагая, что неприятность эта имеет связь с совершенной им продажей сахара, больной, желая возможно скорее изжить эту тяжелую полосу жизни, идет и сам на себя доносит в местную ЧК, представляя при этом оставшиеся деньги и точный отчет об истраченных суммах. Дело принимает серьезный оборот, больного арестовывают, чуть не расстреливают. но, в конце концов, приговаривают к 20-летней каторге и пересылают в Москву. В Москве в тюрьме больной своим необычным поведением (гадание по рукам, экстатическое состояние и пр.) обращает на себя внимание окружающих и в конце концов попадает, впервые в жизни, под наблюдение психиатров. У него диагностируют паранюю и освобождают от наказания.

Для наблюдения больной был помещен в Психиатрическую

клинику.

Во все время пребывания в клинике больной хорошо настроен, бодр, очень общителен. Больным себя не считает, относясь со снисходительным сожалением ко всем, не разделяющим его бредовых идей. Свой бред высказывает с непоколебимой уверенностью, говорит о своих исключительных способностях, о том, что ему «доступно познание всех вещей»: на этом основании больной совершенно не читает, так как «наперед знает, что в книгах написано». Галлюцинирует — «общается с высшем существом и с душами умерших». Во время галлюцинаций впадает «в особое возвышенное и необыкновенно приятное, недоступное другим» экстатическое состояние. Совершенно уверенный в загробной жизни и в том, что «земное существование есть только временный этап», предлагает врачу «свое тело для производства над ним с научными целями вивисекции».

По выписке из клиники больной в течение долгого времени ничем себя особенно не проявлял, но весной 1922 года был арестован ГПУ по обвинению его в мошенническом ведении дел какой-то, вновь созданной им, полугомерческой полублаготворительной организации. На допросе выяснилось, что он уже находился под наблюдением психиатров и был признан душевно-больным. На этом основании больной был препровожден в Институт Судебно — Психиатрической Экспертизы, откуда бежал. С тех пор о судьбе больного ничего неизвестно.

Органических симптомов со стороны нервной системы не наблюдалось; соматически здоров.

Случай II. Больной Е., 23 лет, сын врача, военно-служащий, окончил среднее учебное заведение и некоторое время был студентом физико-математического факультета.

Со стороны наследственности — ряд психопатов с материнской стороны, фантастические лгуны и истерички в 3-х поколениях. Отец — умеренный алкоголик. Брат по отцу — шизофреник.

Развитие опаздывало, больной поздно начал ходить и говорить; позднее прорезывание зубов. До 8 лет говорил непонятно для посторонних. До 3 лет крайне вял, а дальше — живой ребенок без моральных дефектов, но психопатически лабильный: пугливый, мало общительный. Учился средне. Способности дисгармоничные. В период pubertatis считал, что родные плохо к нему относятся. Лет с 16, наоборот, экспансивен, а на 17 году в выпускном классе он уже центр кружка товарищей — староста, делегат, и, наконец, председатель Всероссийского съезда учащихся. Усваивает взгляды анархистов-индивидуалистов,

соответственно, как он выражается, своему «анархическому характеру». Однако, об анархических теориях имеет слабое понятие. Отец считает больного недалеким, без интересов, но очень добрым. Товарищи любят его. С 19 лет и по сие время — воинская повинность, служит в военно-топографическом управлении. По службе успевает, ловок на поручения, произведен в коменданты учреждения. В частной жизни умеет устраиваться, вовремя спекулировать брильянтами, не стоит родным ни копейки. Всегда в хорошем настроении, себя переоценивает, мало читает, считая, что «своя голова лучше», считает, что способен на многое — ему все удается.

Весной 1921 года во главе юных товарищей-сослуживцев совершает вооруженную выемку 60 миллионов рублей из кассы колхоза, причем часть денег идет якобы, на поддержку бедных, чем и оправдывается преступление. Арестован через месяц по случайному доносу 18-летней проститутки, его новой случайной знакомой, которой он сам разболтал, приглашая ее в их организацию, имевшую целью дальнейшие экспроприации. Девушка эта показалась ему «жертвой общественного темперамента», он звал ее «к лучшей жизни» и дал ей на руки 2 миллиона рублей, истратив, кроме того, в ее обществе около миллиона.

В тюремном заключении обнаружилось бредовое отношение к преступлениям — экспертиза и больничное испытание вскрыли систему идей величия, развивающуюся около 4 лет и значительно подвинувшуюся и оформившуюся в тюрьме. Около года существуют, чаще ночные, видения и экстазы. Бредовые идеи вкратце таковы: он человек совершенно исключительных дарований, великий изобретатель, открывший по поводу своей способности влиять на людей лично и гипнозом на расстоянии новый закон «весомости мысли». Далее он установил существование «невидимого эфирного субстрата» в человеческой природе и, таким образом, окончательно доказал вечность и бессмертность человека. Смерть — переход в состояние невидимости. Христианство в сравнении с его миссией — только намек и предчувствие. Люди примут его учение о «бессмертии невидимого состояния» и станут переходить в это состояние, т.е. на обычном языке кончать жизнь самоубийством, чего, однако, не хочет сделать сам больной, имея в виду свою миссию опубликования печатного труда, доклады по крупным городам СССР. Сила влияния его так велика, что он мог бы стать «всемирным императором», если бы захотел. Хочет действовать убеждением, так как не признает насилия. Собирается спасти человечество от гибели после охлаждения солнца через 2 миллиона лет. Для этой цели толкует о плане электрификации земного шара, имея в виду создать из земли колоссальный источник электрической энергии, превратив земной шар в электромагнит, обмотав его

проволокой.

Соматически больной во всех отношениях совершенно здоров.

По прекращении дела больной был выписан из клиники и в настоящее время, по имеющимся сведениям, чувствует себя великолепно, хорошо настроен, жив, бодр, энергично занимается спекуляциями и собирается продолжать университетское образование.

Случай III. Больной М., 39 лет, врач, по происхождению черногорец.

Со стороны наследственности отмечаются: психическое заболевание тетки. во стороны отца и эпилепсия у брата больного. Отмечается очень большая продолжительность жизни в роду больного.

Развивался нормально. Учился хорошо. По характеру с ранних лет очень энергичен, самостоятелен, живо на все реагирует, неуклонно проводит в жизнь то, что считает необходимым для себя и окружающих. Отмечается неуживчивость, стремление к перемене мест и приключений. Настроение всегда великолепное, жизнерадостен, раздражителен.

Вся жизнь больного, до последнего времени представляет собой ряд приключений и конфликтов с окружающими. Это является следствием его мирозерцания, фанатически проводимого им в жизни. Больной очень заинтересован возможно более широким распространением своих идей, совершенно не считаясь при этом с окружающей обстановкой.

Мирозерцание больного в общем таково. Он — коммунист, сторонник прогресса и враг рутины во всех областях жизни. Всех, с кем только приходится сталкиваться как в плоскости личных, так и служебных отношений, обвиняет в отсталости, косности и непригодности к тому роду деятельности, которую они избрали. Как врач, он стоит за все новое в медицине, для лечения болезней ищет совершенно оригинальных путей, основанных на более глубоком понимании природы вообще и природы человека, в частности. Практически методы лечения больного своеобразны и подчас рискованны. Бронхит, напр, лечится вдыханием любого размельченного в порошок вещества — известки, мела, просто земли и т. п. Предлагает также ряд реформ в области питания, считая, что число потребляемых для питания продуктов можно в значительной степени расширить — можно, например, есть траву, уголь, глину и т. п.

Убежденный материалист в области научных воззрений, больной свои научные взгляды передает в крайне сжатой, формальной и

резонерской, по существу форме. Все его научные убеждения и методы подхода к изучению природы заключаются в слове «ортаметапаран» — сокращенное сочетание слов «орто», «мета», «пара», т. — е, объясняет больной, ко всему в мире у него «мета-подход», «пара-подход», и «орто-подход». Что все это обозначает, больной объясняет довольно сбивчиво, формально и резонерски. Смысл всех этих резонерствований заключается повидимому в том, что больной хочет систематизировать, объединить в одно целое и как бы сжать все знания, доступные человеку.

Проводя фанатически в жизнь свои убеждения и пользуясь каждым удобным случаем для их распространения, больной находится в постоянном конфликте с окружающими, нигде не уживается и, естественно, во всех видит или отсталых жалких людей, или даже врагов.

Несмотря ни на что, больной чувствует себя всегда великолепно, хорошо настроен, предприимчив и ни перед чем не останавливается для проведения в жизнь своих абсурдных идей.

В жизни практичен, занимал ряд ответственных постов по своей специальности, был главным врачом в госпиталях, заведовал санитарной частью корпуса в армии. Будучи коммунистом, выполнял ответственные партийные поручения. Соматически вполне здоров.

Случай IV Больной В—р, 39 лет, зубной врач, женат, имеет 1 ребенка. Отмечается некоторое отягощение наследственности с материнской стороны — дядя алкоголик, человек со странностями.

Развивался нормально, учился хорошо С детства проявлял большой интерес к естественным наукам — занимался собиранием коллекций, чтением и т. д. С детства по характеру крайне решителен, настойчив и непреклонен в исполнении своих желаний. В обращении с окружающими мягок, очень принципиален, но вообще, благодаря своим фанатически проводимым в жизнь убеждениям, несколько, по выражению жены, «шероховат». Благодаря своеобразному складу психики больной в молодости имел постоянные столкновения с отцом, при чем поведение его в таких случаях было настолько странным, что отец обращался за советами к психиатрам.

Никаких грубых изменений со стороны психики у больного не отмечается, вполне доступен и охотно разговаривает с врачами, подчеркивая в разговоре свое духовное превосходств и иронизируя по поводу помещения его в клинику на испытание. Больным себя не считает. Рассказывая о своем мирозерцании, развивает картину стойкого, систематизированного бреда,

проникнутою ясно выраженным резонерством. Миросозерцание больного, по его словам, начало формироваться лет с 14 —15, уже с этого времени он отмечает в себе особенности, не свойственные другим людям. По убеждениям он — «анархист и в то же время спиритуалист». В основе всего, по мнению больного, лежит духовное начало. Кроме того, путем параллельного изучения евангелия и естественных наук он пришел к ряду положений и открытий, примиряющих науку с религией и позволяющих больному «использовать в практическом отношении некоторые, скрытые для других, силы природы». Пользуясь этим, он, по его словам, может передавать мысли и внушать на расстоянии, общаться со сверхчувственным миром, лечить внушением и наложением рук и т. п. Весь бред внешне вполне логичен и тесно связан с личностью и поведением больного; он совершенно уверен в абсолютной истинности своих убеждений и совершенно не допускает критического отношения к своей бредовой системе. Больной принимает живейшее участие в общественной жизни своего района, популярен в своем кругу, но, благодаря присущей ему прямолинейности и фанатизму, находится в постоянном конфликте с окружающими и властями. В клинику поступил для производства над ним экспертизы по предписанию Военно-Медицинской Комиссии.

Случай V. Больная Г, 46 лет, крестьянка, занимается домашним хозяйством; замужем. Со стороны наследственности — умеренный алкоголизм родителей и склонность к алкоголизму братьев больной.

О раннем детстве сведений нет. 21-го года вышла замуж, имела 14 родов и 1 выкидыш.

С детства богомольна, ходила по монастырям, и «знает, что есть бесы». 12 лет самоучкой выучилась грамоте. С увлечением читала св. писание, производившее на нее громадное впечатление. Много с молодых лет думала на религиозные темы, 14 лет познакомилась с баптистами. После замужества под влиянием внешних обстоятельств — материальная необеспеченность, рождение детей и пр.—несколько отошла от занятия религией. В возрасте от 35 лет — усиление религиозного чувства, много молилась, постилась и боролась с грехами. Религиозные переживания не скрывала от окружающих. Около того же времени имела видение огненного креста, после чего у больной начинается целый ряд откровений религиозного характера.

Однажды, находясь в молитвенном состоянии, больная видела как «божия мать сошла с иконы, на которую молилась больная, благословила ее и дала ей меч». В результате всего этого — сложная бредовая система с религиозным содержанием, особенно пышно развившаяся с началом революции, когда

больная даже стала выступать на митингах. Больная была против современного духовенства, «поставленного дьяволом, а не богом», обвиняла его во грехах и особенно ненавидела патриарха Тихона. Больную осенил дух божий и предназначил ее к великой миссии обновить церковь христову на земле, на это благословила ее богородица, подавшая ей меч. В результате — покушение на убийство патриарха Тихона, арест и помещение на испытание в Психиатрическую клинику.

Бред стойкий, непоколебимый. Сознание собственной правоты и отрицание болезни. Держит себя смирно, но с достоинством.

Случай VI. Больной П., 24 лет, окончил реальное училище, холост, занимается живописью и оккультизмом.

Со стороны наследственности обращает на себя внимание прадед и тетка со стороны матери. Прадед слыл за чудака, вел странный образ жизни и якобы обладал способностью ясновиденья. Тетка отличалась некоторыми странностями характера и окончила жизнь самоубийством.

Вольной родился в срок, в развитии не отставал, но развивался, как говорят родные, «волнообразно», т.е. 5-ти лет, например, знал всю азбуку, но вскоре всю ее позабыл, так что лет 7-ми пришлось изучать ее сызнова. В среднем учебной заведении учился хорошо — окончил одним из первых. Лет с 12 — 13 занимался живописью и пишет стихи. После окончания реального училища больной переменял массу профессий и занятий. Был художником (выставлял свои картины на выставках), писал и издавал стихи, был студентом историко-филологического факультета и Коммерческого Института, учился в театральной студии, был корректором в газете, корреспондентом, актером, режиссером, заведующим театральными постановками в войсковых частях и в последнее время, главным образом, занимался оккультизмом, считая это главным своим призванием.

По словам больного, он с раннего возраста имел пристрастие ко всякого рода «таинственным явлениям в природе», а 16 лет, побывав у хироманта, решил серьезно посвятить себя занятиям оккультными науками. Прочтя предварительно массу книг по этому вопросу, начал «совершенствовать себя через науку дыхания по методу индийских йогов». Параллельно изучал магнетизм и гипнотизм, писал по оккультным вопросам статьи в газетах. В результате у больного сложилась собственная оккультная теория, а на себя он стал смотреть, как на своего рода учителя, долженствующего своим учением перевернуть всю науку и жизнь человечества. По мнению больного, оккультизмом достигается «укрощение и упрочнение (от слова прочный) всех занятий, которые мы достигаем научным путем и

которые, благодаря применению оккультизма, будут даваться сами собой». «Так, например,— говорит больной, —где медику приходится тратить много лет на изучение симптомов какой-нибудь сложной болезни, оккультисту достаточно возложить руки на голову больного, чтобы сразу уяснить всю сущность болезни». Такого рода лечебные мероприятия удавались, якобы, и больному. Он лечил своего дядюшку, «лежавшего без ног, благодаря застарелому ревматизму, онанизму и лени». Лечил «магнетизмом»: магнетизировал самого дядюшку, его одежду, пищу и чередовал магнетические клизмы с магнетическим закрепляющим. Неудачный исход—смерть дяди, нимало не поколебав уверенности больного в своем лечебном методе. Впрочем лечебная деятельность больного носит более или менее случайный характер, а главным образом, он интересуется оккультными науками и спиритизмом. Для занятий спиритизмом выискивает медиумов среди своих знакомых—преимущественно женщин. С одним из таких медиумов, начинающей актрисой, открыл прием желающих узнать свое будущее, чем и обратил на себя внимание властей, решивших подвергнуть больного экспертизе. Придавая громадное значение своим занятиям оккультизмом и считая себя человеком выдающихся способностей как вообще, так и в оккультной области, собирается в будущем «придать оккультизму государственное значение». С этой целью больной представил в соответствующие инстанции подробный доклад, в котором советует правительству открыть «Центральный институт по оккультным наукам», который будет вести устройством школ на оккультных принципах, оккультных лечебниц и прочих учреждений, основанных на самом широком применении оккультизма.

Больной несколько суетлив, эйфоричен; в поведении и костюме отмечается некоторый уклон к оригинальничанию. Вполне доступен, абсолютно уверен в своем превосходстве и непогрешимости своего мирозерцания. Обращает на себя внимание резкое понижение критики по отношению и содержанию бреда и общая наивность суждений.

Последнее время больной служил преподавателем рисования в доме для дефективных детей. На сослуживцев производил впечатление человека весьма недалекого, с громадным самомнением, бестактного, плохо ориентирующегося в обстановке.

По более поздним сведениям выяснилось, что больной хорошо ориентируется в практической жизни и успешно ведет коммерческое дело, доставшееся ему после смерти отца.

Случай VII. Больной К., 47 лет, чернорабочий, образование низшее, женат. Ничего патологического со стороны

наследственности не отмечается.

Вольной уроженец Костромской губ. Лет с 19 переехал из деревни в город и стал работать по найму, причем часто менял места службы. Работал на винном складе, землекопом при постройке железной дороги и т. п. Во время работы на винном складе сильно пил.

30-ти лет больной познакомился с каким-то стариком, выдававшим себя за пророка. Старик этот передал больному свое учение и имел громадное влияние на всю его последующую жизнь. После этого старик вскоре умер, а больной считая себя его единственным и прямым наследником, решил себя посвятить распространению его учения. Учение его вкратце таково: сам больной—пророк и призван богом восстановить на земле правду и справедливость путем борьбы со всякого рода темными силами, распространяющими лжеучения, в том числе и «с попами и богачами». Свое учение больной проповедует, не прямо объясняя его слушателям, а путем изобретенных им символических таблиц, фигур и знаков, которые он объясняет, сопровождая свои объяснения равного рода прибаутками и облекая их стихотворную форму. Все это учение символически изображено на скрижалях, кубах и прочих предметах, которые больной делает из стекла и разноцветной бумаги. Первое произведение этого рода—«Скрижаль» — представляет собой железный лист около 1/3 аршина высоты и 1 аршина длины с наклеенным на нее листом белой бумаги, на которой наклеены сочиненные больным тексты, составленные из букв, вырезанных из разноцветной бумаги. Сверху все это покрыто толстым зеркальным стеклом. Эту Скрижаль больной принес на себе из Костромы и, придя в Москву, влез на памятник Пушкина и, выставив «Скрижаль», стал говорить проповедь. Вольного арестовали, препроводили в ГПУ, «Скрижаль» отобрали, а самого его отправили на испытание в Психиатрическую клинику. В клинике он был признан душевно-больным и вскоре, как не представляющий опасности для общества, отправлен на родину. Через несколько месяцев больной снова явился в Москву для проповеди, принес с собой новое произведение: «Живую книгу». Книга эта сооружена по тому же принципу, как и «Скрижаль» (тексты и символические орнаменты), и покрыта стеклом; все это заключено в два футляра, также облицованные стеклом и покрытые разного рода текстами и украшениями. Из Костромы в Москву больной шел пешком, неся с собой кроме «книги», лом, лопату, кирку и топор — символы его миссии: выламывать и вырубать человеческие заблуждения.

По дороге он заходил в церкви и монастыри, проповедовал, спорил на религиозные темы, при чем не обходилось без столкновения с милицией. Побыв некоторое время в Москве, больной продал после долгих уговоров «Живую книгу» в Музей

Психиатрической клиники и отправился домой. Летом 1923 года больной в третий раз явился в Москву, с одной стороны, чтобы подработать на постройке сельскохозяйственной выставки, а с другой стороны, проповедовать свое учение. На этот раз он принес с собой «Шестигран» — большой покрытый надписями из разноцветной бумаги и облицованный стеклом шестигранник, который в свою очередь вкладывается в покрытый узорами и надписями трехгранник. Зимой 1924 г., узнав о смерти Ленина, больной, связав каким-то образом это событие со своими бредовыми идеями, отправился пешком из Костромы в Москву, волоча за собой сани с поклажей весом не менее трех пудов. В поклажу входил «Памятник Ленину» — черный крест, на поперечной палке которого висят две полоски с текстами и «жезл» — стеклянная трубка около 1,5 арш. длиной и 1 верш. в диаметре, в которую плотно вкладывается деревянная палка, сплошь покрытая текстами, извивающимися в виде спирали. Больной присутствовал на похоронах Ленина, занимался проповедью и недели через две уехал домой, с тем, чтобы летом 1924 г. снова появиться в Москве. В последний раз больной принес с собой «митру», «меч» и «коричневого железного крокодила» — изделия в обычном его стиле. Пробыв некоторое время в Москве, он отправился пешком в Ленинград.

Больной вполне сознателен, крайне доступен, доверчив, с большой охотой рассказывает о своем учении и показывает свои произведения. Больной крайне оживлен, аффективен, всегда в великолепном настроении, говорит очень быстро и в рифму. Все разговоры старается свести к интересующей его теме — проповеди своего учения. Говоря про себя, облекает свою личность некоторою таинственностью, намекая на то, что он архангел Михаил. Произведения больного («Живая книга», «Скрижаль», «Шестигран» и пр.) все крайне оригинальны и сделаны с большим художественным вкусом и великолепно подобранными красками.

Соматически здоров, органические симптомы со стороны нервной системы отсутствуют.

Случай VIII. Больной В — ф. 41 года, землемер, холост, происходит из бедной еврейской семьи.

Со стороны наследственности отмечается общая нервная слабость семьи больного. Отец религиозный до фанатизма, тяжелый, неуравновешенный по характеру человек. Мать после рождения больного перенесла психическое заболевание. Брат вообще слабый и недоразвитой, в продолжение 6 месяцев болел психически. Дядя со стороны отца умер от туберкулеза, а тетка по матери страдала диабетом и перенесла несколько приступов циркулярного психоза.

Вольной в детстве несколько отставал в развитии, физически был слаб, хил, страдал рахитом. Учился плохо, был крайне впечатлителен, слабохарактерен, застенчив и легко поддавался чужому влиянию, чуждался товарищей и был до смешного доверчив. По окончании землемерного училища участвовал в войне с Японией и 1/2 года пробыл в плену. По возвращении из плена, не устроившись на службу, эмигрировал в Америку. Перед самой Европейской войной вернулся в Россию, был на фронте и в конце концов попал в плен, из которого вернулся в 1919 году.

Больной давно уже занимается религиозными вопросами и изучает библию. За последнее время, особенно за годы, проведенные в плену, у больного образовалась стойкая бредовая система, основанная на сознании собственной исключительности и избранничества перед богом. Развивая свои бредовые идеи, больной пришел к выводу, что на него «возложена миссия приблизить большевиков к богу для взаимной выгоды». Осуществить это больной собирается толкованием текстов св. писания, в которых он, благодаря своим исключительным способностям, может находить особый, скрытый смысл и указания, кои в том или ином случае должны послужить руководством для советской власти. Приехав с этой целью в Москву, больной обратился к властям с предложением своих услуг и в конце концов был направлен на лечение в Психиатрическую клинику.

Вольной вполне доступен, охотно вступает в разговор с врачом и окружающими, эмоционально жив. Поступив в клинику, просит дать ему отдельную комнату, где бы он мог «заниматься», т.е. гадать по библии. Уверенный в своей исключительности, больной приводит ряд случаев из своей жизни, с несомненностью, по его мнению, доказывающих, что он «не такой, как все». Эти рассказы проникнуты большой долей резонерства и подтасовок, имеют крайне наивный характер. «Примеры моей единственности следующие,—говорит больной,—13—15 лет, будучи в еврейской школе (хейдере), в то время, как все мальчики сидели спокойно и занимались, я начинал шалить и заставлял учителя прибегать к физическому воздействию, и так изо дня в день». «За все время существования землемерно-таксаторских классов был единственным учеником, оставшимся на второй год в первом классе...». Единственный ученик, который, по окончании училища пропустил срок подачи прошения на вольноопределяющегося 1-го разряда и потому служивший два года вместо одного и т. д. Имя больного — Лазарь (по еврейски Елеазар, что в переводе значит — «бог на помощь») еще более укрепило больного в том, что ему суждено выполнить какую-то миссию. Все эти факты и соображения, заставив больного обратить особое внимание на собственную личность и

послужили основой для образования систематизированного бреда величия. Вред больного совершенно не поддается разубеждению.

В отделении больной весьма общителен, много читает, пишет и всячески старается распространять свои бредовые идеи среди персонала и больных. Настроение ровное, несколько приподнятое.

Патологических изменений со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено.

Случай IX. Больной В — в, 28 лет, военнослужащий, бывший офицер, происходит из психопатической семьи. Особенно отягощенная наследственность со стороны матери. Мать крайне суеверная, нервная женщина. Дядя и тетка со стороны матери — душевно-больные. Бабка — человек со странностями, суеверна, истерична. Врат и сестра больного — люди с психопатическими характерами.

Больной в развитии отставал, учился плохо, имел плохую память, но всегда был крайне самолюбив и настойчив. По характеру с детства до резкости правдив, добр, заботлив по отношению к близким и несколько, по выражению родных, «вообще чудаковат». Характерна для больного необыкновенная склонность к фантазированию. Крайне впечатлительный и увлекающийся, переходит в жизни от одного увлечения к другому. С детства склонен к суеверию, всему сверхъестественному и таинственному.

Тотчас, по окончании гимназии, попал на фронт, где под влиянием обстановки перенес легкий приступ психического заболевания реактивного характера. На фронте одно время служил в контрразведке, в связи с чем у него возникли фантастические планы сделаться знаменитым сыщиком, совершить баснословные подвиги и т. п. По возвращении с фронта, продолжал службу в Красной Армии. К своим обязанностям относился всегда очень добросовестно и был на хорошем счету. Последние 2—3 года много занимался оккультизмом и религиозными вопросами. Находил в своем характере много общих черт с пророками и «вообще с людьми, владеющими исключительной духовной силой», которую больной и стремился развить в себе путем целого ряда упражнений. С течением времени, ограничив свои интересы кругом фантастических идей и мистических переживаний, он стал на практике применять свои способности — пытался лечить гипнозом, влиять на расстояния и т. д. Пережив за последнее время целый ряд неприятностей в личной жизни (разрыв с женой и т. п.) и почувствовав себя, как он выражается, «сильно

развинченным», больной решил обратиться к специалистам.

Вольной вполне доступен, жив эмоционально, общителен, хорошо настроен, неправильностей в поведении не отмечается. Охотно разговаривает с врачами о своих переживаниях. Из расспросов больного выясняется, что его внутренний мир, наполненный фантастическими переживаниями, плохо и, во всяком случае, односторонне корригируемыми разумом, служит канвой для развития пышной, внешне логичной бредовой системы. Вольной отстаивает свой бред с повышенной аффектацией и подкрепляет свои доводы массой резонерских рассуждений, по словам больного, он человек «во всяком случае исключительный», что неоспоримо подтверждается «откровениями, полученными от бога, в виде огненного цветка лотоса», «голосом Вечности», который он неоднократно слышал, и «совершенно экстатическим состоянием», во время которого он, как думает, «общается с богом».

Исходя из всего сказанного, больной полагает, что в будущем ему суждена роль проповедника, пророка, а быть может, даже Мессии, который распространит в мире учение «высшего эгоизма». Объяснить точнее, что он понимает под учением «высшего эгоизма», больной отказывается, так как время еще не наступило и умы людей не достаточно подготовлены для восприятия нового учения. Осанка и мимика больного полны сознания собственного достоинства и важности откровений, которыми он обладает, проникнуты своеобразной горделивостью и добродушным снисхождением по отношению к окружающим.

Жалобы больного сводятся в общем к частным, но неглубоким колебаниям настроения и общей нервности.

За все время пребывания в клинике поведение больного было вполне правильным и в своих основных чертах оставалось неизменным. Общий фон настроения несколько повышенный с редкими и кратковременными фазами легкой депрессии.

Случай X. Больной М—н, русский, холостой, по профессии монтер, живет постоянно в Нижегородской губернии.

Со стороны наследственности отмечается алкоголизм отца и психопатические конституции некоторых родственников как по отцовской, так и по материнской линиям.

Развивался больной нормально. В детстве — тяжелая травма головы. Способности средние — в школе учился плохо. С раннего возраста имеет большую склонность к технике и в частности к авиации. С 14—15 лет старается применять свои технические способности на практике, проводя, например, электрические установки и строя модели машин и летательных

аппаратов.

По характеру — упрям, подозрителен, неуживчив, склонен к самокритике. Общий фон настроения тревожно — пониженный.

Служил механиком в авиационных войсках.

Больной вполне доступен, охотно разговаривает с врачом, неправильности в поведении не отмечается. В клинику поступил по собственной инициативе, чтобы «выяснить состояние своего психического здоровья, в котором сомневался, так как ему кажется, что он должен совершить какое-то ужасное преступление, связанное с занятием авиацией».

Рассказывая про себя, сообщает, что, занимаясь авиацией, якобы сделал в этой области ряд важных открытий и изобретений, но, по разным причинам, главным образом, вследствие происков недоброжелателей и завистников, всем этим изобретениям не давали хода. Вообще, по словам больного, окружающие относятся к нему неважно. Из-за плохого отношения начальства и товарищей приходится постоянно менять службу, переводиться с места на место и становиться в натянутые отношения с окружающими. Причина такого отношения несомненно, как думает больной, зависть, которую он, как способный человек и изобретатель, вызывает у своих сослуживцев.

Кроме того, больной рассказывает, что с детства обладает способностью «подсознательного мышления» и видит «вещие сны», из которых, между прочим, и узнает о том, что суждено совершить какое-то преступление.

Все бредовые построения больного внешне логичны, тесно связаны с его личностью и совершенно не поддаются критике.

Случай XI. Больной О., 26 лет, еврей, холост, по профессии обойщик, последние годы живет в Москве.

Со стороны наследственности никаких патологических особенностей не отмечается.

В детстве развивался нормально, учился плохо. С раннего возраста—ряд неудач, создавших в конце концов общий фон неудовлетворенности и неустроенности в жизни, следствием чего является хронически тревожное и слегка депрессивное настроение больного. Отмечаются крайне повышенное чувство личности, чувствительность к обидам и плохому отношению, и на этой почве постоянные конфликты с родными и вообще людьми, так или иначе соприкасающимися с больным.

По характеру мягок, мечтателен, обидчив, склонен подозревать окружающих в недоброжелательном к себе отношении, имеет большую склонность к перемене мест и до последнего времени, благодаря особенностям своего характера, не в состоянии найти определенного места в жизни. В продолжении последних лет у больного отмечается повышенный интерес к своему здоровью, и ряд ипохондрических идей, заставляющих его обратиться за советом в терапевтическую клинику, откуда он и был направлен в Психиатрическую клинику.

Больной вполне ориентирован, доступен, поведение правильное, охотно общается с окружающими и врачом. Настроение понижено. Высказывает ряд жалоб ипохондрического характера. Кроме того, выясняется, что, кроме упомянутых жалоб, у больного имеется более или менее стройная бредовая система величия. В основе бреда лежит сознание собственной исключительности и уверенность в том, что он, якобы, обладает какой-то «особой исключительной силой, позволяющей ему сверхчувственным способом влиять на людей». Это качество он открыл в себе случайно во время пребывания в каком-то госпитале; с этого времени больного мучают эти особенности, но в то же время он культивирует и применяет, якобы, с успехом эту «внутреннюю силу» в практической жизни — пока, главным образом, для лечения больных. Метод терапевтического воздействия, которое он применяет, заключается, по словам больного, «в особого рода внушениях и соединениях его души с душой пациента». Развивая «внутреннюю силу», больной заметил, что может влиять на расстояния и даже, как будто, читать чужие мысли.

Вольной стойко держится своего бреда и абсолютно не принимает возражений.

Случай XII. Больная П., 51 год, девица, кончила городское училище, живет на средства родных.

Со стороны наследственности — алкоголизм отца и туберкулез матери. Сестра больной страдает шизофренией.

Раннее развитие нормально. В детстве по характеру капризна, эгоистична и упряма. По неуспешности не могла окончить среднего образования. В молодости по характеру была живой, веселой, любила общество, развлечения, всем интересовалась, много читала. В общих чертах характер больной остался без изменений и по настоящее время. Настроение всегда бодрое и довольно ровное — резких колебаний не отмечается.

В рассказе больной о своей жизни чувствуется большая самоуверенность и переоценка своих положительных качеств, переходящая порой в своего рода самолюбование. «С 16 лет

имела колоссальный успех у мужчин, многие добивались руки, но безуспешно, а двое даже покончили с собой». Замуж больная не вышла, так как «не встретила никого достойного на ней жениться». Кроме того, от этого шага останавливали резонерские рассуждения такого рода: «выйду замуж —будут дети; дети могут заболеть какой-нибудь заразной болезнью и нельзя будет навещать родных», которых она очень любит. В разговоре очень подчеркивает заботливое отношение к младшим братьям и сестрам.

Основной задачей своей жизни больная считает «помощь страждущим и неимущим», которая заключается в оказании всякого рода помощи больным, бездомным детям, старикам и проч. Принимая живейшее участие в судьбе своих питомцев, больная устраивает их в школы, приюты, богадельни и другие подобного рода заведения, при чем, пристроив их куда-нибудь, продолжает следить за их судьбой и в учреждении. На этой почве—постоянные конфликты с администрацией учреждений, во внутренние распорядки которых больная позволяет себе вмешиваться самым бесцеремонным образом, так как «везде и всегда ищет правду и восстанавливает справедливость». Из подобного рода конфликтов больная, по ее словам, всегда выходит победительницей.

Вообще вся жизнь больной представляет собой цепь столкновений, интриг, недоразумений и судебных процессов с людьми самых разнообразных рангов и положений. Где бы она ни жила и с кем бы не имела дела, вокруг нее роковым образом сгущается атмосфера и происходят скандалы. Больной все время кажется, что к ней несправедливо относятся, что попирают ее права, обижают и «сочиняют грязные сплетни». Она объясняет это «подлостью и ненавистью людей» и желанием «насолить ей, как человеку, стоящему на голову выше окружающих в моральном отношении», каковым она себя считает, и к тому же она — человек слабый и беззащитный, которого «обижают все, кому не лень». Свои жалобы больная иллюстрирует рассказом о целом ряде случаев, происходивших у нее в самые разнообразные моменты ее жизни.

По словам людей, имевших с ней дела, больная— человек совершенно невыносимый в общежитии: она постоянно вмешивается в чужие дела, поучает, резонерствует, полна сознания собственной непогрешимости, всюду сплетничает и заводит сложные интриги. Все это делается по словам больной, с целью «поучения и восстановления справедливости».

Больная вполне сознательна, с подробностями и большим эмоциональным подъемом рассказывает о своих злоключениях и вполне уверена в своем превосходстве и непогрешимости.

Случай XIII. Больной С., 42 лет, столяр, образование низшее, женат. Со стороны наследственности отмечается неуравновешенный характер обоих родителей и алкоголизм отца. Сестра умерла душевно-больной в возрасте 60 лет. Раннее развитие нормально. Учился хорошо. По окончании учения в сельской школе был отдан в учение сапожнику, при чем обнаружил склонность к побегам и перемене мест. 19 лет женился, но семейная жизнь сложилась неудачно, и больной, бросив жену, отправился на заработки к соседним помещикам. Перед уходом из дома ряд столкновений с отцом на почве грандиозных планов «механизации отцовского хозяйства» — уговаривал отца закупить дорогостоящих машин, внести усовершенствования в его хозяйство и т. и. Отец не пошел на планы больного, и в результате — бред преследования по отношению к отцу. На работах у помещиков был неуживчив, замкнут, очень подозрителен, — казалось, что окружающие имеют в душе что то против больного, а, временами, даже открыто его преследуют. В 1906 году под влиянием пережитых событий «сделался революционером», пытался вести агитацию среди крестьян, при «каждом удобном случае просвещал народ». После ряда столкновений с администрацией и вообще с людьми, с которыми приходилось иметь дело, снова отправляется в Москву. Из Москвы идет в Тульскую губернию, поступает на место, но, прослужив короткое время, ссорится с хозяином и возвращается в Москву, откуда в самом непродолжительном времени высылается за участие в какой-то забастовке. После этого начинается калейдоскопическая смена мест и занятий — работал на заводах, в мастерских, у частных лиц, занимался очень усердно пропагандой и т. п. За свою революционную деятельность был на замечании у полиции, подвергался арестам и вообще вел крайне беспокойную жизнь. К начавшейся в 1914 году Мировой войне относился крайне отрицательно и, пользуясь всяким удобным случаем, вел против нее пропаганду. Во время войны служил одно время в Московском Художественном театре, причем пришел к заключению, что может сделаться «королем актеров», так как «обладает голосом, не хуже Шаляпина». Вскоре больной попадает на военную службу. На военной службе деятельно занимается антимилитаристской пропагандой, арестовывается и спасается от суда, бежав из тюрьмы. До февральской революции больной живет на нелегальном положении частью в Москве, частью в деревне, но при временном правительстве добровольно является к воинскому начальнику и зачисляется на военную службу. Будучи зачислен в полк, тотчас же принялся «искоренять саботаж и преследовать хищения», обращая особое внимание на хозяйственную часть полка. К октябрьскому перевороту относится очень сочувственно. Весной 1918 г. больной был демобилизован и поступил на службу в жел—дорож мастерские, где сразу же стал «проводить во всей полноте принципы советской власти». В результате — ряд столкновений с

администрацией и товарищами, и больному пришлось уйти со службы и уехать в деревню. В деревне больной стал замечать, что в целом ряде местных общественных учреждений «что-то неладно и вообще масса беспорядков». В продовольственной лавке, в исполкоме и в других учреждениях — всюду больной находил массу злоупотреблений. Он начал следить за этими учреждениями, вмешиваться в их работу хотя не имел на то никакого права, и в конце концов, «собрав материал», обратился в Уездный Совет с предложением своих услуг по раскрытию этих преступлений. За это время, благодаря деятельности больного, у него крайне обострились отношения с односельчанами. Ему стало казаться, что все за ним следят, хотят «подставить ножку», может быть даже убить его и т.п. Чтобы оградить себя от этого, он с удвоенной энергией принялся за доносы и «искоренение саботажа». В результате всех этих доносов и расследований в деревне был произведен ряд обысков, но и односельчане, озлобленные против больного, донесли на него, что он фабрикует контрабандным способом масло (что в те времена строго преследовалось); больной был арестован и в конце концов попал на испытание в Психиатрическую клинику.

Больной вполне сознателен, доступен, к разговору с врачом относится с крайней подозрительностью. Считает себя здоровым, но нервно-переутомленным человеком. Помещение свое в Психиатрическую клинику считает последствием «рокового недоразумения и происков врагов». Больной характеризует себя, как человека «свободолюбивого, не подчиняющегося принципиально никаким властям и потому постоянно гонимого. Его преследуют все и даже родной отец хитро подъезжал к нему с расспросами с целью выдать его властям за участие в партийной работе». О своих политических убеждениях говорит крайне сбивчиво, часто впадает в противоречия. Считает себя человеком крайне одаренным по природе, великолепным техником. Рассказывает, что имеет в проекте массу усовершенствований и изобретений в области сельскохозяйственных машин. Свое отношение к людям оценивает, как «очень хорошее и доброжелательное», но в ответ встречает почему-то только одни насмешки и полное непонимание, вследствие чего считает себя человеком очень обиженным.

Память хорошая, галлюцинаций у больного не было. Аффективно жив, общителен, но крайне подозрителен.

Случай XIV. Больная С., 40 лет, низшая служащая в учреждении для дефективных детей, образование низшее, девица.

Со стороны наследственности ничего патологического, кроме довольно значительного алкоголизма отца, не отмечается.

Развивалась больная нормально, училась удовлетворительно, отношения с родными всегда были очень хорошие и внимательные. По характеру всегда была несколько замкнута, большая домоседка, уживчива, всегда много читала. Никаких патологических особенностей характера в отношениях с близкими не проявлялось. После смерти родителей стала жить самостоятельно. Поступила на фабрику, прослужила там 10 лет и затем перешла на службу в приют для детей-эпилептиков.

Относительно деятельности больной на фабрике сведений не имеется. В приюте же больная сразу стала обращать на себя внимание своим поведением. Занимая скромное положение рассыльной, больная постоянно выходила за пределы своих обязанностей и вмешивалась не в свои дела. Приходя, например, по делу в какое-нибудь учреждение, больная так надоедала в этом учреждении своими разговорами, советами и сплетнями, что бывали случаи, когда просили посылать вместо нее кого-нибудь другого. Вследствие этого больную пришлось перевести на должность швейцара. На новой должности она продолжала вести себя по-прежнему, но тем не менее держала в чистоте порученное ей помещение и добросовестно исполняла свои профессиональные обязанности. Между тем отношения с сослуживцами продолжали обостряться. Вольная вмешивалась не в свои дела, со всеми ссорилась, спорила и всегда считала себя правой. Имела привычку ходить в отделения, где содержались дети, и была так назойлива, что под конец сестры милосердия стали выгонять ее из отделений. Позволяла себе делать воспитательницам разные указания кого, например, кого ей можно водить на прогулку, кого нельзя и т.п. Обвиняла сестер милосердия в краже продуктов, приносимых детям, говорила родителям, что нельзя отдавать продукты сестрам и т.п. Врачей обвиняла в продаже казенного имущества и медикаментов, завхоза подозревала в продаже мебели. На всех подозреваемых больная строчила доносы, вследствие чего в результате была даже назначена ревизия для проверки инвентаря учреждения.

С посторонними больная держала себя как независимо и с таким достоинством, что часто ошибались относительно ее положения в учреждении. Сама же себя больная иногда называла экономкой. Разговаривая по телефону, вела разговор в таком тоне, что ее принимали за ответственное лицо в учреждении. Все это создавало вокруг больной крайне насыщенную атмосферу ссор и недоразумений. В конце концов, больную пришлось уволить, но увольняться она не пожелала и подала жалобу в Районный Совет. При разборе дела возник вопрос об ее душевном здоровье, и она была помещена на испытание в Психиатрическую клинику.

Больная вполне сознательна, доступна, общительна. Вольной себя не считает. Все происшедшие с ней недоразумения

объясняет не дефектами своего характера и поведения, а плохим отношением к себе окружающих и преследованиями и происками сослуживцев. Крайне подозрительна по отношению к окружающим, склонна себя переоценивать и считает себя человеком исключительной честности.

Соматически здорова, органических симптомов со стороны нервной системы не наблюдается.

Переходя к клиническому разбору нашего материала, постараемся обрисовать тот психический фон, который, лежа в основе каждого отдельного случая, объединяют собою всю группу.

Надо отметить, что все пациенты под наблюдение психиатров попали более или менее случайно, главным образом, вследствие разного рода чисто внешних обстоятельств, приведших их в конце концов в Психиатрическую клинику. До этого их жизнь текла, невидимому, настолько гладко и все поведение их до такой степени не шло в разрез с общепринятыми нормами, что если даже они и считались в своем кругу людьми «несколько странными», «не совсем обыкновенными», то все же столкновение с психиатрией было для них делом далеко не обязательным.

Из этого сам собой напрашивается вывод, что в данном случае мы имеем дело с людьми настолько интеллектуально сохранившимися и обладающими до такой степени правильным поведением, что до известного времени они могли быть полноправными членами общества и только наблюдение специалистов обнаружило патологические особенности их психики и наличие бредовых идей.

Их бредовые идеи, различаясь в каждом отдельном случае как по интенсивности, так и по содержанию, имеют общее им всем свойство императивности и доминирующего положения в душевной жизни больных. Проникая, если можно так выразиться, в мельчайшие поры психики больных, бред подчиняет себе всю их душевную жизнь, заставляя то совершать преступления, то с упорством, достойным лучшего применения, проповедовать свое учение или пускаться в совершенно фантастические авантюры и вступать в конфликт с окружающей средой. Совершенно уверенный в правоте своих суждений, больной не терпит возражений и ничто не в состоянии поколебать установившейся бредовой системы.

Впрочем нельзя сказать, что параноический бред представляет собой нечто застывшее, не способное к дальнейшей эволюции. Начавшись в большинстве случаев в ранней молодости, бред параноика прогрессирует и развивается, и таким образом

представляет собой продукт более или менее сложной умственной работы, сплошь и рядом не прекращающейся в течение всей жизни больного.

В основу бредовой идеи ложатся или явно нелепые предпосылки, или же своеобразное специфическое для параноика комбинирование и вольное толкование элементов действительности.

Абсурдность бредовых идей, маскируемая внешней стройностью и логичностью, совершенно ненаказуема для такого рода больных и, часто споря с параноиками на тему об его бредовых идеях, приходится удивляться большой доле остроумия и изобретательности, с которой он отстаивает свои нелепые убеждения.

Формально логичный бред параноика, по существу, лишен сколько-нибудь серьезного содержания. Больной, например, в продолжение часа и больше может толковать о «радио-людях», о «нуликах, лежащих в основе мироздания», изложит целую философскую систему, но в конце концов вся речь больного сведется к более или менее удачной фразеологии и фантастическому жонглированию плохо усвоенными ходовыми научными данными.

Совершенно бесполезно обращаться к параноику за разъяснениями по поводу, например, того, что такое «радио-люди» или «нулики» и т. п. В ответ собеседник услышит пространные объяснения, изобилующие всякого рода ссылками на научные авторитеты, примерами и плоскими аналогиями, или же будет обвинен в обскурантизме и отсталости в умственном развитии. Другими словами, больной обнаружит большую долю резонерства, которое является одною из основных черт параноической психики.

Нетрудно заметить, что собственное «я» больного стоит в центре его бредовых идей. Разговаривая с любым из наших пациентов, наталкиваешься на совершенно патологическую переоценку собственной личности. Один из них «открывает новую систему мироздания», другой «изобретает *perpetuum mobile*», третий — обладает даром ясновиденья, четвертый — «пользуясь свободой от научной схоластики, изобретает новый способ лечения уретрита» и т. д., и т. д. Такое центральное положение собственного «я» в развитии бредовых идей и служит, повидимому, причинным моментом для возникновения идей величия. Психологически вполне закономерно, что человек, обладающий какими-либо из ряда вон выходящими особенностями, склонен преувеличивать значение собственной личности.

Яркой и так сказать наглядной иллюстрацией основных черт параноического бреда — резонерства и эгоцентричности является произведение нашего больного, К — ва (случай VII), его «Живая книга» (описание ее смотри выше в истории болезни К — ва). Безукоризненная по внешности, даже с большими достоинствами в смысле орнаментальных украшений, сочетания красок и общей композиции «книга» эта крайне-бедна по содержанию и все, что в ней написано с такой внешней изобретательностью, можно свести к тому, что больной — пророк, проповедующий нелепо понятые и странно истолкованные всем известные евангельские истины. В сочетании букв и орнамента несколько раз повторяется изображение инициалов больного, показывающее, что он является центром всего учения, боговдохновенным пророком, которому суждено поведать это учение миру. Надо прибавить, что текст «книги» облечен в соответствующую развитию больного поэтическую форму. Одним словом, «Живая книга» служит хорошим примером параноического бреда: его основные черты — резонерства, внешней скрытности и центрального положения личности больного.

Такая переоценка собственной личности, с одной стороны, приводит к возникновению идей величия, подчас очень пышных, а с другой стороны, является базой для развития бреда преследования в разной, хотя бы зачаточной, степени свойственного всем нашим пациентам.

Будучи по натуре общительными и склонными делиться с окружающими содержанием своих бредовых идей, а часто действуя более агрессивно в этом направлении, параноики естественно сталкиваются или с индифферентностью, или с непониманием и враждебным отношением окружающих. Выдающиеся душевные качества больных остаются, за ничтожными исключениями, непризнанными, бредовые идеи встречают недоумение и насмешки, отношения с окружающей средой обостряются, а при более агрессивном поведении больных осложняются вмешательством властей и врачей-психиатров. Описанная ситуация, через которую проходило большинство параноиков, и служит, по нашему мнению, вполне реальной базой для возникновения стойких идей преследования.

Правда, бывают случаи, когда бред преследования, занимая доминирующее положение в картине болезни, порождает мысль о первичном возникновении этого симптома, но при детальном изучении личности больного, его бредовых идей и анамнеза всегда удастся натолкнуться на вторичное происхождение идей преследования, основанных на преувеличении и далекой от действительной оценки собственной личности. Повидимому у тех наших пациентов, которые не обладали богатой фантазией и хорошо развитым интеллектом, бред величия как бы обрывается

в своем развитии, а недоразумения и конфликты с окружающими заставляют их бредовое творчество вступить на путь продуцирования идей преследования.

Таким образом, по нашему мнению, бредовые идеи преследования, базирующиеся на переоценке собственной личности и вытекающих из этого последствиях, присущи в той или иной степени всем нашим больным и являются вторичным симптомом в картине болезни, хотя бывают случаи, когда бедность интеллекта и фантазии выдвигает идеи преследования на первый план.

Возникновение описанных бредовых идей предполагает наличие более или менее ограниченного интеллекта, не способного к высшей психической деятельности. Кругозор такого рода больных крайне сужен, интересы весьма ограниченные и находятся вполне под гнетом их бредовых идей. Такая интеллектуальная недоразвитость, сопровождающаяся слабостью критики и наивностью суждений, роднит психику параноика с психикой ребенка или скорее юноши.

Таким образом, психический облик наших пациентов, вполне и безраздельно подчиненный их бредовой системе, по мере длящегося годами развития бреда, принимает определенный, специфический характер личности, фанатически переданный какой-либо бредовой идее, подчиняющей себе все ее жизненные проявления.

Случайными и необязательными моментами в развитии бредовой системы являются всякого рода галлюцинаторные переживания и такие травмирующие переживания, как тюремное заключение, тяжелые жизненные условия и т. п.

Галлюцинации, если таковые находят место в картине болезни по содержанию всегда бывают тесно связаны с бредом — больного, носят характер «откровений», просветлений, символических картин имеют самое близкое отношение к личности больного и сопровождаются особым рода экстатическими состояниями, весьма характерными для параноиков и некоторых даже случаях галлюцинации, занимая одно из главных мест в картине болезни, заставляют пациента хронически пребывать в состоянии какой-то экстатической оторванности от окружающей действительности.

В некоторых случаях (случай IX) нельзя было отделаться от впечатления, что больной сильно преувеличивает частоту галлюцинаций и их интенсивность, что вполне допустимо, при наличии богато развитой фантазии наших пациентов и склонности к псевдореминисценциям.

Аффективная жизнь наших больных не представляет собой резких отклонений от нормы и находится в большой зависимости от содержания бреда. В виду того, что содержанием бредовых идей, как правило, являются мысли о собственной исключительности, ценности собственного «я» и, вообще говоря, содержание бредовых идей скорее тонизирует, чем угнетает душевную жизнь больных, то и настроение их бывает скорее повышенным, чем пониженным. Что касается нашего клинического материала, то нам почти не пришлось встречать параноика с общим депрессивным фоном настроения. Правда, бывали моменты сомнений и внутреннего разлада, вызывающие временное понижение настроения, но все же сознание исключительной полноценности собственного «я» заставляет наших пациентов пребывать в хронически приподнятом настроении. Психологически вполне понятно, что субъект, считающий себя исключительным человеком, будет всегда находиться в бодром, хорошем настроении. Таким образом, если и считать хронически повышенное настроение параноика за патологию, то симптом этот приходится считать вторичными находящимся в прямой зависимости от содержания его бредовых идей.

Со стороны волевой сферы нам не удалось на нашем материале уловить каких-нибудь специфических для данной болезненной формы отклонений от нормы. Так же как и аффект, волевая сфера больных, их поступки и поведение вполне подчинены основному ядру их психической жизни. Чуждые сомнений, бесконечно уверенные в своей правоте, они часто поражают стойкостью и прямолинейностью своего поведения.

Что касается до дифференциальной диагностики наших случаев, то при длительном наблюдении и наличии во многих случаях катamnестических сведений нам ни разу не пришлось сомневаться в правильности поставленной диагностики, отнести наших больных, не говоря уже о других формах, к группе шизофрении или маниакально-депрессивному психозу. Изучая психику наших пациентов во всем ее объеме, при всем желании представляется невозможным сроднить ее с психикой шизофреника. Все они настолько психически живы и подвижны, настолько эмотивны, так ярко — доступны и в такой мере способны на аффективный контакт с окружающими, что мысль о шизофрении отпадает сама собой. Да и вообще их психика представляется все же настолько ценной и понятной, что не может быть и речи о каком либо болезненном расщепляющем процессе. Кардинальный симптом параноика — его бред — по существу не имеет ничего общего с бредом шизофреника. Бред параноика не есть нечто наносное, чуждое субъекту, бред, находящийся в постоянной борьбе с остатками здоровья и, благодаря этому, проявляющийся в угловатом характере психики и странных поступках шизофреника. В наших случаях

характер бреда совершенно иной — он слишком логически продуман и способен расширяться до целой системы жизни и миропонимания. В отличие от шизофреника, параноик спорит по поводу своих бредовых идей, защищает их, считаясь с возражениями. С другой стороны, представляется совершенно немыслимым включить данную картину болезни в рамки циркулярного психоза. Депрессивные, ипохондрические жалобы некоторых из наших больных еще недостаточны, чтобы почувствовать в них хронически угнетенных субъектов; формирующиеся же у других пациентов грандиозные идеи, конечно, не могут быть сведены на почву гипоманиакального состояния. Аффект параноиков, вообще говоря, находится, как нам уже приходилось указывать, в относительном равновесии. Некоторые больные, правда, приходят иногда в состояние, сопровождающееся некоторой раздражительностью и напоминающее маниакальное, но это бывает только в том случае, если так или иначе затрагивается бред больного — во время спора с ним, демонстрации на лекции и т. п. В остальное время больной свободен от этих проявлений и, вообще говоря, у него не чувствуется того постоянного аффективного напряжения, свойственного циркулярной психике. Повышенное настроение, которое приходится наблюдать у больных с сформировавшимся уже бредом, представляет собой скорее вторичную стабилизацию аффекта, находящуюся в непосредственной связи с грандиозным положительным содержанием их бредовых идей.

Таким образом, резюмируя все вышеизложенное, можно сказать что данные, полученные при изучении нашего клинического материала, ни в какой мере не противоречат понятию о параноии, установленной Kraepelin как «заболеванием, характеризующемуся стойким непоколебимым бредом, развивающимся в течение всей жизни больного при полной сохранности интеллектуальной, аффективной и волевой сфер».

Переходя к вопросу о почве, на которой развивается параноический бред, следует отметить, что вопрос о параноической конституции еще далеко не решен и находится в стадии разработки в виду того, что заболевание это в обычных условиях представляется крайне редким.

Литература дает некоторые указания по этому вопросу. В 1892 г. Dittthoff упоминает о параноической конституции. Tiling 1902 г. указывает, что параноический бред развивается на почве патологического характера. Профессор Чиж описывает особый параноический характер. В 1902 г. Суханов в главе о логопатиях описывает особого рода патологический характер, на почве которого развивается параноический бред. Ганнушкин отмечает в случаях, описанных как *paranoia inventoria*, склонность к

резонерству.

Вообще большинство литературных указаний или слишком общие, или относятся к тому времени, когда еще не было проведено резкой границы между паранойей и шизофренией; более же подробные указания в этой области мы находим у Bleuler и Kraepelin.

Краепелин считает, что у всех психопатов, дающих развитие параноического бреда, в основе характеров лежит повышенное чувство личности, чем объясняются, с одной стороны, широкие жизненные планы, лежащие в основе бредовых идей величия, с другой стороны — большая ранимость и неустойчивость в борьбе за существование, особая уязвимость по отношению к трудностям жизни. Но всего этого еще недостаточно для развития параноического бреда; нужна еще особая недостаточность интеллекта, какие-то примитивные навыки мышления, какая то обстановка в развитии. Это—фантазерство, эгоцентризм, склонность без всякой критики предаваться нелепым идеям, приходящим в голову. В таком понимании параноическая психика в некоторых отношениях приближается к дегенеративной истерии с ее примитивными патологическими чертами и реакциями.

Bleuler считает, что бред параноиков можно трактовать, как психическое образование, представляющее собой преувеличение нормальных процессов, возникающее, как он говорит, «на почве предрасположения к параное». Эта основа, на которой развивается бредовая система, сводится, по Bleuler, к многогранности аффективной сферы; к переоценке собственной личности, которой противопоставляется чувство собственной недостаточности к внешним моментам, обостряющим или даже вызывающим эти внутренние конфликты, и к некоторому несоответствию между интеллектуальной и аффективной сферами, благодаря которым последняя (аффективная) получает некоторый перевес. «Возможно,— говорит Bleuler — что паранойя представляет собой не что иное, как болезненную реакцию на определенно неприятное обстоятельство». — Таким образом, на почве всех этих условий психологически развивается бред под влиянием внешних раздражений и условий.

С другой стороны, Birnbaum рассматривая параную, как бредовой психоз и считая характерным для данного заболевания специфический тип бреда с определенным механизмом (ubervertigelde Ideen) его возникновения и различными вариантами течения и исхода, в то же время полагает, что возникновение бредовых идей и их разнообразное течение обуславливаются не конституциями и прирожденными предрасположениями, а внешними факторами, действующими на развитие бредовых

идей.

Таковы, вкратце, литературные данные по вопросу о параноический конституции.

Обращаясь к нашему материалу и вполне допуская при этом, что приведенных случаев еще недостаточно для окончательного решения в положительном смысле вопроса о существовании параноической конституции, нам казалось бы, что можно, по крайней мере, наметить те основы, характерологические черты, на фоне которых развивается параноический бред.

При изучении наших случаев прежде всего бросается в глаза, что паранойя — заболевание не прогрессивное. Правда, в некоторых случаях развитие бреда может симулировать прогрессирование болезни, но, с другой стороны, все наши пациенты в настоящее время не являются продуктами болезненного упадка по сравнению с тем, что они представляли из себя много лет тому назад. В сказанном не приходится сомневаться, благодаря тому обстоятельству, что, с одной стороны, мы имеем в нашем распоряжении подробные объективные анамнестические данные, а с другой стороны, имели возможность на протяжении достаточного количества времени эпизодически наблюдать почти всех наших больных после их выписки из клиники. В результате получилось убеждение, что, несмотря на колебание в ту или другую сторону напряженности их бредовых идей, характер больных, основной фон психической жизни не подвергаются каким-либо изменениям, тем более не обнаруживают картины болезненного упадка. Таким образом, напрашивается вывод, что параноический бред развивается на почве особого характера, конституции, которую, благодаря целому ряду присущих ей патологических черт, можно назвать глубокой дегенерацией личности, специфической для данного рода заболеваний.

С самого детства или во всяком случае юности все описанные субъекты обнаруживали более или менее значительное отклонение от нормы. Уже с этих пор бросается в глаза неустойчивость их психики, склонность к фантазированию и резонерству, крайняя впечатлительность и отсутствие критики; позднее ко всему этому присоединяется повышенное отношение к собственной личности. Характерно, между прочим, то, что большинство наших больных не могло получить систематического образования, хотя и имело на то полную возможность. В дальнейшем в анамнезе, еще до яркого проявления каких-либо болезненных черт или по крайней мере до конфликтов с окружающей средой, у наших больных отмечается целый ряд характерных особенностей — неуживчивость, своеобразная оригинальность, склонность к перемене мест и профессий и вообще какая то неопределенность

их положения в жизни. Часто при более глубоком анамнезе душевной жизни подобного рода больных выясняется, что эти люди в общем неудовлетворенные, таящие в глубине души тяжелые внутренние конфликты, от которых они как бы „уходят в бред», заполняя изъяны своей психики продуктами патологической фантазии.

При разговоре с параноиками поражает исключительная наивность мышления, особенно если беседа ведется на тему об их бреде. В таких случаях приходится удивляться, с какой легкостью они обсуждают и безапелляционно решают самые сложные вопросы, с каким, если можно так выразиться, примитивным цинизмом они отвергают всякие авторитеты, подчеркивая исключительное положение своей личности, непогрешимость собственного „я». От общения с такого рода субъектами получается определенное впечатление людей с дисгармонично развитой душевной жизнью— навыки взрослого человека причудливым образом сочетаются с недоразвитым интеллектом, которому присущи все характерные черты юношеского возраста: наивность суждений, сомнение и эгоцентризм и, как следствие всего этого, — своеобразная неустойчивость эмоциональной жизни.

Повидимому наличие описанных специфических особенностей характера наших больных, лежащих в основе их патологической жизни, дает право говорить о «параноической конституции», на почве которой и развивается параноический бред.

Углубляясь в более детальный анализ параноических особенностей наших больных, можно найти некоторые черты, свойственные той или иной конституции, но все же можно утверждать, что характер параноиков целиком никак не укладывается ни в одну из известных нам конституций. Можно, впрочем, говорить о близости параноика к истерической конституции, с одной стороны, и к циркулярной, с другой, но это еще не служит доказательством того, что параноический симптомокомплекс может возникнуть на почве одной из названных конституций. Еще Мебиус высказал мысль о сродстве разнообразных патологических конституций, говоря, что все они «дочери одной матери». На этом основании, руководствуясь уклоном психической картины отдельных случаев в сторону той или иной конституции, некоторые авторы (Гаупп, Тялиш, Крюгер, Кречмер) выделяют различные типы параноиков (Kampf, Wunsch, Gewissen), но течение это находится еще в стадии своего развития, многое еще не ясно и требует дальнейшей обработки.

Такую группировку можно было бы произвести и с нашими больными, но в данном случае мы имеем в виду не подводить каждого из наших случаев под ту или иную категорию

конституций, а объединить всех их в одну группу, найти общую им характерологическую основу, которая и явилась бы своего рода фундаментом понятия «параноической конституции».

Некоторые соображения о хронической и острой паранойях (в связи со взглядами Kretschmer и Gaupp)

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

Известно, что за последнее время вопрос о паранойях стал достаточно боевым в современной психиатрической литературе; о паранойях как хронических, так и острых, при чем под этим термином надо понимать только конституциональные заболевания, а не процессы, накопилась очень обширная литература. Однако до сих пор в этом вопросе наблюдается целый ряд несогласованностей и даже неясностей. Так, напр., в новом учебнике Bumke²), в главе о параноидном предрасположении и о параноиде, мы находим изложение одного вслед за другим, сначала кверулянтные натуры, затем сензитивное предрасположение, и соответственно этому за бредом сутяг следует сензитивный бред отношения, и буквально всего несколько слов о тех формах, которые в свое время были выдвинуты на авансцену Крепелином.

В задачу этих небольших заметок не входит собирать и излагать всю относящуюся сюда литературу, здесь приводятся только те отдельные мысли, которые возникают в голове при изучении этой литературы я навеяны повседневным клиническим опытом и наблюдениями.

Сильно схематизируя литературу о паранойях, мы можем свести ее на два воззрения: на учение Крепелина и на построения, высказываемые Кретчмером, главным образом, в своей работе о сензитивном бреде отношения и отчасти в медицинской психологии.

Работа Кретчмера о сензитивном бреде отношения может быть разбита схематически на две части: одна, если так можно выразиться, характерологическая, с учением о реакциях, куда возможно отнести и воззрения о возникновении параноического бреда, и другая клиническая— описание сензитивного бреда отношения и его форм, части далеко не равноценные по своему содержанию и идеям — насколько ценна первая часть, настолько, смеем думать, ошибочна вторая.

Кретчмер, как известно, не будем говорить об истерической реакции, устанавливает четыре реакции: примитивную, стеническую, сензитивную и астеническую. Установивши эти реакции, он останавливается на описании тех двух характеров, экспансивного и сензитивного, которым свойственны — первому стеническая реакция, второму сензитивная, характеров, учение о которых необходимо ему для построения своих воззрений о

паранойях.

Исходя затем из характерологических предпосылок и особенностей реакций, он делит все паранойи: на параноиков угрызения совести (*Gewissensparanoia*), борьбы и желания, и в особенности дает описание и построение сензитивной паранойи, т. — е. сензитивного бреда отношения. И тут-то, перескакивая, если так можно выразиться, из характерологии в клинику, он делает целый ряд ошибок, т. к. его сензитивный бред отношения не является клинической единицей, в тесном смысле этого слова, а сборной группой — старым нашим знакомым — симптомокомплексом, т. к. на ряду с несомненными шизофрениями встречаются психозы и другого порядка. Интересно выяснить, отчего это произошло, т. к. это, может быть, несколько разъяснит нам и самое учение о паранойях. Произошло это, повидимому, потому, что характеры Кретчмера, с точки зрения клинической, конституциональной, являются тоже сборными группами. Сам Кретчмер пишет, что его примитивная реакция свойственна целому ряду психопатов, т. — е. отдельных клинически-конституциональных типов, не говоря уже об истерической реакции, которая свойственна еще более обширному числу их. Почему же стеническая реакция или сензитивная будут свойственны каждая в отдельности только одному типу, как клинической единице, психопатов? Конечно нет. И думается, что доказать это совсем не трудно.

В дальнейшем Кретчмер дополнил несколько свои воззрения, заменивши реакции экспансивную (стеническую) и сензитивную соответствующим развитием личности, включив, как одну из причин этого развития, событие или переживание, подходящее к нему как ключ к замку. Но в сути своей вопрос от этого для нас мало меняется.

Разберем, что из себя представляет сензитивный характер — сензитивное предрасположение других авторов—однородные ли это психопаты, или это целый ряд их с различными клиническими нюансами, но с сензитивной реакцией?

К. Schneider ³⁾ сензитивных психопатов Кретчмера относит в группу неуверенных в себе (*Selbstunsichere Psychopathen*). Эту группу неуверенных в себе он делит на сензитивных и ананкастов. Очень характерно название—неуверенные в себе, — не напоминает ли это что-то старое— тревожно-мнительно-психастеническое, особенно русских авторов. И несомненно в группу сензитивных входит часть старых психастеников, безразлично как на них ни смотреть; одно ли это то же с циклотимиками, или нечто самостоятельное, но уже по одному этому можно с уверенностью сказать, что группа сензитивных сборная. А грустные, доброжелательные, совестливые депрессивные (*schwerblütige Depressive*) — разве они не могут

дать сензитивную реакцию? Итак, нам кажется несомненным, что группа сензитивных в смысле клиническом сборная. Не будем спорить, что циклотимики и психастеники составляют только часть сензитивных, другую часть, может быть большую, составляют шизоиды, хотя понятие это крайне растяжимое, и не во всем здесь можно следовать за Кретчмером — но это другое дело. Главное же сензитивный характер, как таковой, клинически является несомненно сборной группой.

То же, думается, можно сказать и об экспансивном характере, взять хотя бы гипертимиков и фанатиков-кверулянтов (K. Schneider).

Отсюда и произошел целый ряд ошибок, чисто клинических, в работе Кретчмера о сензитивном бреде отношения. Но это нисколько не умаляет ценности его работы в чисто индивидуально психологическом отношении.

Воззрения же на психопатии, ведущие к развитию параноического бреда, как на слияние (Sigierung) двух конституций циклоидной и шизоидной, что в принципе и допустимо, мы оставляем пока в стороне, так как не считаем вполне вырешенной и строго клинически очерченной шизоидную конституцию; понятие о шизоидах мы, как это сказано было выше, считаем слишком широким и расплывчатым, почти не оставляющим места в психиатрии, кроме циклоидов, другим психопатиям, что вряд ли клинически верно. Оставляем в стороне еще потому, что это слияние все же не лишает психопатии, лежащие в основе параной, их оригинальности и самооценности для клиники и мало имеет отношения к главным положениям наших заметок. К тому же выводы из изучения наследственности душевно больных, при наших знаниях в этой области, не являются пока для нас убедительными.

Переходим теперь к чисто патопсихологическим выкладкам Кретчмера.

Полагают, что для возникновения бреда вообще необходима известная патопсихологическая подготовка, особый патопсихологический механизм, который, грубо выражаясь, состоит из усиления аффекта и затемнения или понижения критики. Для такого же специального рода бреда, как «параноический», вполне возможно допустить, что этого одного недостаточно, может быть необходима еще особая патопсихологическая установка, патопсихологический механизм, и вот этот механизм, по нашему мнению, и вскрывает нам Кретчмер в его учении о стенической и сензитивной реакциях с их экспансивным и сензитивным характерами, но это только психопатологический механизм, так мастерски им

описанный, который, пожалуй, можно признать за одну из лучших рабочих гипотез в психопатологии возникновения параноического бреда.

Раз мы допустим, что это только механизм, предположим, вполне пригодный для объяснения возникновения всякого параноического состояния, то это параноическое состояние, Ироническое или острое, можно признать, в широком смысле этого слова, за симптомокомплекс, особую форму выявления болезни.

Больше того, если хотите, возможно допустить, что этот патопсихологический механизм не только может быть сконструирован *ab ovo*, но может складываться в течение самого психотического состояния, особенно в связи с экзогенными моментами; отсюда, нам кажется, тот спор об реактивности и не реактивности параной, т. к. возможности здесь крайне разнообразны.

Но клинический подход к этому синдрому и изучение его клиники нисколько этим не умаляются, наоборот, игнорирование клинически его ведет к целому ряду ошибок, как это случилось с Кретчмером, так как эндогения, в смысле особой клинической конституции, особой психопатии, всегда выявит себя в целом ряде характерных для нее черт, по которым мы и ставим диагноз и классифицируем тот или иной параноический синдром, как отдельные виды болезни.

Моменты этого механизма, этого остова, фигурально выражаясь, точки пересечения его линий, т. — е. или переоценка личности с занозой недостаточности, или недооценка, совестливость с занозой самомнения, свойственны, по нашему мнению, целому ряду психопатий или их психопатическим состояниям, но каждая психопатия несет в себе свои особые черты, по которым мы ее выделяем и которые накладывают на картину и исход болезненного состояния свой особый клинический отпечаток.

Некоторые соображения о хронической и острой паранойях

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

О хронических и острых паранойях приходится говорить отдельно в виду их различия в клиническом течении, хотя вопрос об их взаимоотношениях крайне интересен и пока еще не разрешен.

Мы не задаемся целью разобрать все типы параной и остановимся, как на примерах, для иллюстрации наших выводов только на некоторых из них.

Прежде всего приходится остановиться на истинной хронической паранойе Крепелина. Вот вопросы, на которые надо

ответить—существует ли такая паранойя, в каких рамках она должна быть понимаема и какая психопатия лежит в ее основе?

Мы уже писали, что клинический опыт нашей клиники, полученный в революционный период, когда на гребне революционной волны в нашу клинику был принесен целый ряд таких параноиков, говорит за то, что такая паранойя существует и имеет полное, право на свое отдельное клиническое существование, только не в том объеме, как это описано в учебнике Крепелина, где приводятся разновидности параной, сюда не относящиеся. Это те пророки, инвенторы, благодетели мира, целители, хорошо всем известные. Патопсихологический механизм для параноического бреда, в смысле Кретчмера и Гауппа, если хотите, дан *ab ovo*; это люди, как описывает их и сам Крепелин, эгоцентрики, люди повышенного о себе мнения и вместе с тем с занозой недостаточности, но не это одно является главным их определением, так как бред их особенный, как это мы описывали раньше, ничего узко параноического (идеи преследования) обыкновенно не несущий и стоящий в полном согласии с их конституциональной психопатией.

Как мы говорили раньше, эта психопатия стоит как бы между истерией и циклотимией, то приближаясь к одной, то к другой. Отсюда экспансивность одних, фантазерство других. Здесь мы должны оговориться, что, говоря во. обще о психопатиях, мы подразумеваем только эксквизитные типы ее, не отрицая, конечно, переходных форм, как бы вкрапливания черт одной психопатии в другую. Одной из отличительных черт этих психопатов является их кривая логика, паралогика, как мы называли это раньше. Они не только фантазируют, но и верят в то, о чем фантазируют, чего желают, *quod volumus credimus* (Ганнушкин). Если хотите, они до известной степени *Verschrobene*, но мы категорически отрицаем, что их надо отнести в группу шизофрении, хотя и раньше перенесенных или скорее парафрений, настолько у некоторых из наших пациентов психика и аффект были живы и сохранялись таковыми в течение многих лет (3—4 года), не только при стационарности, но даже и при прогрессировании их бреда. Несмотря на их эгоцентризм, они не эгоисты, а фантазеры-альтруисты, отсюда и характер их бреда.

Играют ли внешние условия роль в возникновении бреда? До известной степени да, так как нельзя отрицать того факта, что революция выявила целый ряд их, но сама психопатия с ее кривой логикой толкает их на бредовое толкование окружающего, тем более, что при своем самомнении они ничего особенного в жизни достигнуть не могут и уходят в бред, как в защитную одежду от действительной жизни.

Похожие состояния, временно конечно, могут возникнуть и при

других заболеваниях, но тогда они несут на себе свойственные им клинические особенности и оттенки.

Сутяжный бред, сам по себе, несомненно является синдромом, так как возникновение его наблюдалось не только у истинных кверулянтов, но и у циклотимиков, в маниакальной фазе, у истериков и при травматическом неврозе. Патопсихологический механизм его возникновения во всех этих случаях возможно допустить приблизительно одинаковым, но опять-таки не в этом одном главная суть дела. Истинные кверулянты довольно типичны, но акцент в их психопатии, нам думается, надо ставить не только на их фанатичности, желании вынести борьбу во вне, как это полагает К. Schneider, но и на их эгоизме, на известной доле антисоциальности, выражающейся в том, что они одни знают только настоящую правду, что они одни только имеют права, а не должны также уважать и других граждан, и это в связи со стойкостью, цепкостью бреда, главным образом, накладывает особый отпечаток на истинных кверулянтов. Влияние внешних условий на возникновение бреда несомненно.

Острая паранойя еще более того является синдромом, возникающим на почве целого ряда психопатий. Здесь, повидимому, можно допустить преобладание другого патопсихологического механизма, т. — е. сензитивного характера. Как мы писали раньше, острая паранойя может возникнуть на циклотимической, психастенической, истерической и других конституциях, каждый раз неся в себе характерные признаки той или иной психопатии.

Здесь очень интересно проследить следующий вопрос: может ли необходимый для возникновения острого параноического состояния патопсихологический механизм сконструироваться в течение самого психотического состояния и какую роль в его создании играют внешние условия, или он всегда преформирован *ab ovo*.

Таким образом, мы вплотную подходим к вопросу о том, имеется ли отдельная параноическая конституция, на долю которой и надо относить все острые параноидные заболевания. Как мы знаем, Ewald из большой группы эмотивных психозов выделяет в виде самостоятельной группы паранойю, как почву для развития параноических заболеваний. Отличительными чертами этих психопатов он считает: мнительность, подозрительность, недоверчивость и т. п., т. — е. черты, которые несут в себе зачатки двухстороннего аффекта—с одной стороны повышенного, с другой пониженного, другими словами очень близкий патопсихологический механизм механизму Кретчмера.

Не отрицая и допуская даже возможность самостоятельности таковой конституции, нам хотелось бы согласиться скорее с

мнением д-ра Галачяна, что это подвид той же циклотимической конституции.

Исследования того же д-ра Галачяна с несомненностью доказали, что условия для возникновения параноических состояний могут возникнуть и при конструировании самого психотического состояния при маньяко-депрессивном психозе, при чем большую роль играют внешние условия, накладывая иногда на содержание бреда особые индивидуальные оттенки. Характерно, что параноические состояния наблюдались у некоторых больных только в депрессивной фазе.

Таким образом, мы не будем спорить, что параноическое состояние является симптомокомплексом, формой проявления болезни, возникающей по всем вероятностям при наличии необходимого для этого патопсихологического механизма, созданного или *ab ovo*, или создающегося при построении самого психотического состояния, причем внешние условия могут очень благоприятствовать его возникновению, но конституциональная основа всегда накладывает на это состояние свои нюансы и отпечатки как в его проявлениях, так и течении, по которым мы и ставим клинический диагноз.

Вот этими заметками мы и хотели подчеркнуть тот факт, что если даже и стать на точку зрения Тюбингенской школы, то ее возможно принимать только в патопсихологической, патопластической плоскостях, но никак не в клинической, так как клиническая сущность вопроса лежит не столько в описываемых ею патопсихологических механизмах, сколько в особенностях конституциональной, психопатической эндогении.

Конечно, эти заметки мало вносят что-либо новое в разрешение учения о паранойях и оставляют целый ряд вопросов без ответа, но мы твердо продолжаем стоять на том убеждении, что истинная Крепелиновская паранойя, как один из типов параной, существует, что ей соответствует определенная психопатия и что так называемый параноический характер с ней вряд ли имеет что общее, относясь скорее всего к целому ряду других конституций, в том числе, может быть, и к особой параноической конституции (*hyponoia*, Ewald), но, как мы говорили уже выше, конечно переходы, вкрапливания и до некоторой степени слияния различных психопатий в принципе вполне возможны, но дело клиники наметить наиболее характерные их клинические типы.

Случай экстрапирамидальной двигательной недостаточности

**Труды клиники
на девичьем
поле**

П.Б. Ганнушкин

Основные, большие работы, касающиеся экстрапирамидальных расстройств (Strumpell; Wilson, Vogt, Furster, Loevy, Bostroem,

А. Jacob) основаны на случаях с тяжелыми резкими поражениями соответствующих систем; в литературе имеются лишь немногочисленные указания (К. Jacob) на исследования случаев с более тонкими особенностями и изменениями экстрапирамидальных механизмов вследствие недоразвития или болезненных процессов. Между тем, несомненно изучение таких особенностей и изменений двигательных функций представляет огромное значение не только с патологической точки зрения, но и для более точного определения экстрапирамидального компонента в нормальных движениях.

Имея в виду важность собирания соответствующей казуистики, мы и позволяем себе опубликовать случай с отчетливо выраженной, по нашему мнению, экстрапирамидальной двигательной недостаточностью.

Илья А., 11,5 лет.

Анамнез: Наследственное отягощение резко выражено- мать психопатка, туберкулезная; у родственников со стороны матери: туберкулез, рак, душевные болезни, эпилепсия, отец психопат, умер от сыпного тифа, осложненного менингитом: у родственников со стороны отца: туберкулез, рак, душевные болезни; братья и сестры больного страдают туберкулезом; в роду много людей со странностями.

Наш больной родился в срок, роды были трудные, асфиксия.

В возрасте 3 месяцев припадки с судорогами (числом 3 в течение месяца); один из припадков был настолько тяжел, что ребенок чуть не умер; было ли повышение температуры— неизвестно. Припадки в дальнейшем не повторялись, но с тех пор стали замечать у ребенка косоглазие, сведение стоп, напряжение мышц в руках. Впоследствии эти явления, кроме косоглазия, сгладились (когда именно, неизвестно). Ходить и говорить начал с 3 лет. Всегда отличался крайней неловкостью в движениях; никогда не умел смеяться. Недержание мочи до 8 лет; отмечалось также слюнотечение.

Читать и писать научился 6 лет почти самостоятельно. 8,5 лет отдан в школу, где пробыл около года, удален оттуда вследствие неподчинения дисциплине и неожиданных выходов.

Поступил в Детскую Психиатрическую клинику 21/xi 21 г.

Status. Больной малого роста с короткими конечностями. Пальцы рук и ног коротки, толсты; кожа на кистях и стопах цианотична.

Малоустойчивый позвоночник, лордоз в поясничной части.

Зрачки N, Strabismus convergens. Глазное дно N.

Электровозбудимость мышц N. Wassermann N. Abderhalden дисфункции эндокринных желез не обнаружил. Рентген: в черепе и прочих частях скелета ничего особенного. Парезов, параличей, гиперкинезов, ригидности, атаксии нет. Больной левша. Внешняя фигура питекоидного, типа, особенно при ходьбе (несмотря на лордоз).

Сухожильные и кожные рефлексы нормальны. Патологических рефлексов (Babinsky, Mendel-Bochterew, Oppenheim, Rossolimo) нет.

Чувствительность (все виды) сохранена, судя по ответам больного, но вследствие недостаточности защитных рефлексов получается впечатление понижения, — особенно болевой чувствительности: при уколе почти не реагирует, не отдергивает, напр., руки, но на вопросы дает правильные ответы, показывающие достаточную способность тонких различий, тоже с температурной чувствительностью. Локализует кожные раздражения правильно. Защитные рефлексы резко ослаблены: при болевых раздражениях, при внезапных движениях исследователя по направлению к глазам больного, к нижней части живота и т. п. — больной остается спокоен.

Нет или очень слабы ассоциированные автоматические движения: рук при ходьбе, рук и ног при повороте туловища, при падении, при усаживании и вставании, мышц лица и шеи при установке внимания; когда больной слушает чтение, но кажется совсем невнимательным, смотрит в стороны, при проверке оказывается, что он воспринял все слово в слово, при обращении к больному он отвечает словами, но не делает соответствующей установки головы, лица, глаз.

Лицо маскообразное, без всякого выражения, смеяться и улыбаться совершенно не может, никогда не жестикулирует. Эмоции, кроме плача (очень редко), не имеют мимических выражений; иногда больной начинает драться, это кажется неожиданным, так как окружающие при его неподвижном лице не могли понять, то он уже давно сердит и что, следовательно, его нападение обосновано и зависит от аффекта, которого никто не мог заметить.

Речь крайне невыразительная, монотонная, выговор правильный; запас слов вполне достаточный. Походка неуклюжая, неритмичная, ясно выраженного сгибательного типа; бегать почти не может. Крайне неловок в движениях. Не может стоять или прыгать на одной ноге, с трудом одевается и раздевается, все движения медленны, крайне неуклюжи, мало дифференцированы (не может закрыть или открыть один глаз

отдельно от другого и т. п.); может однако стоять на голове при помощи рук. По метрической скале для моторной одаренности соответствует 4 годам (отсталость почти на 8 лет). Грубая сила рук и ног — достаточна.

Психика. Интеллектуально хорошо развит, чего трудно было бы ожидать, судя по внешности; по Vinet соответствует возрасту; по Россоломо очень хорошие ответы на вопросы, требующие комбинирования, соображения, хуже внимание, память на числа. Запас сведений достаточный. Читает очень хорошо, пишет хуже вследствие двигательной неловкости; интересуется естественными науками, тверд, в своих убеждениях: происходя из семьи последователей Толстого — он вполне сознательно ест только вегетарианскую пищу, толково объясняет почему он считает неправильным есть мясо. Довольно общителен, пользуется уважением других детей; однако нередко раздражается; его нападения и другие выходки, частое упрямство, неподчинение дисциплине делают его неподходящим для нормальной детской среды, несмотря на хороший интеллект. Несоответствие интеллектуальных и двигательных способностей, диссоциация между аффектами и их двигательными выражениями, между вниманием и соответствующими двигательными установками, недостаточность свойственных норме автоматизмов, непроницаемость маскообразного лица, неуклюжесть питекоидной фигуры, неловкость всех целевых движений — все эти особенности делают личность больного странной и необычной.

Таким образом, мы имеем мальчика с нормальным интеллектом, некоторыми отклонениями аффективной сферы и ясно выраженной двигательной недостаточностью при отсутствии указаний на пирамидные расстройства. Резкое ослабление мимики и жестов, защитных и ассоциированных автоматических движений несомненно указывает на расстройство функции экстрапирамидальных моторных систем. Неловкость, медленность движений, слабость спинных мышц, питекоидная фигура также соответствуют выпадению экстрапирамидального компонента движений. Слабость мышц туловища и изменение походки при сравнительно лучшем в функциональном отношении состоянии рук (стояние на голове при помощи рук, возможность писать и проч.) могут быть объяснены или соматотопическими особенностями поражения, или еще тем обстоятельством, что выпадение экстрапирамидального компонента по существу больше должно отразиться на туловище и ногах, чем на руках, так как в иннервации последних принимает большее участие сохранившийся корковый компонент. Интересно в нашем случае изменение походки в смысле преобладания сгибательных механизмов, что также может быть объяснено исключением экстрапирамидальной

иннервации, которая по Scherringtony преимущественно имеет отношение к эк (тензорам; таким образом, наблюдаемое в нашем случае изменение походки можно рассматривать как следствие известного изменения Walking reflex вследствие экстрапирамидальной недостаточности.

Итак, имеющиеся у нашего больного особенности двигательных функций объясняются поражением экстрапирамидальных механизмов, выраженным в довольно чистом и изолированном виде. Более точная локализация без аутопсии при сложности экстрапирамидальных систем и их взаимоотношений — едва ли является возможной.

Вопрос об этиологии весьма труден. Нельзя всецело исключить возможность дегенеративного происхождения данного страдания (на что можно видеть указание в тяжелой наследственности нашего больного), но, имея в виду начало болезни (припадки с развитием последующих неврологических симптомов, частью сгладившихся благодаря компенсаторным способностям растущего организма), трудно отрицать экзогенный момент. Мы склонны к предположению, что наш случай относится к частичным инфантильным склерозам Striatum в смысле Scholza, который между прочим в этиологии этих поражений придает значение экзогенным факторам.

Об эпилепсии и эпилептоиде

Труды клиники на девичьем поле

П.Б. Ганнушкин

Вопрос об эпилепсии или, правильнее говоря, об эпилепсиях, несмотря на свою давность, до сих пор является очень спорным и даже во многих принципиальных своих сторонах — совершенно нерешенным; его вновь пересматривают (Kraepelin), ставят программным на специальных съездах (Reichardt), наконец пишут обзоры (Grülle) той громадной литературы, которая выходит по данному вопросу. Конечно, спорные и неясные пункты могут быть сколько-нибудь определенно разрешены только достаточно большим, при этом правильно оцененным и прослеженным клиническим материалом, — однако некоторые разногласия и недоразумения по вопросу об эпилепсии, думается нам, происходят от слишком произвольного и не вполне отчетливого пользования терминами: эпилепсия и эпилептоид, эпилептический характер и эпилептическое слабоумие и т. п. Вот на некоторых наиболее острых сторонах клинического учения об эпилепсии мы бы и хотели остановиться.

Первым пунктом мы бы поставили вопрос о припадках, о патогномическом значении так называемых эпилептических и истерических припадков. Конечно, клиническое значение тех и других и сейчас остается в достаточной мере различным, но далеко не в той степени, как это принималось раньше. Чем

богаче опыт клинициста — психиатра (особенно если иметь в виду опыт, принесенный нам войной и революцией с их громадным количеством травматической, контузионной «истерии», с такими психическими травмами, которые совершенно непосильны человеческому сознанию ни по их интенсивности, ни по их длительности), тем труднее делается, а подчас и совершенно невозможен — дифференциальный диагноз отдельного припадка. Все решительно признаки, которыми при этом диагнозе обычно руководствуется клиника, при проверке их на большом материале получают очень относительное и условное значение. Основным, решающим моментом для диагноза болезни оказывается не припадочное состояние, а до-припадочные данные, течение и исход болезни. Правда, в типичных случаях припадки, с одной стороны, эпилептические и, с другой — истерические, во всех своих подробностях совершенно непохожи одни на другие, — все же при теперешнем клиническом опыте можно с достаточной определенностью утверждать, что припадочные состояния того и другого порядка могут встречаться и встречаются при самых разнообразных душевных заболеваниях. Что касается истерических припадочных состояний в широком смысле слова или, как теперь некоторые психиатры выражаются, истерических реакций, то по отношению к ним все давно считается установленным, что эти реакции наблюдаются (не предрешая наличностью своего клинического диагноза) и при разных психопатиях (истерия, как известный тип конституции, циклотимия, неустойчивость и т.д.), и при прогрессиентных формах (генуинная эпилепсия, шизофрения), и наконец при органических заболеваниях головного мозга (прогрессивный паралич, сифилис головного мозга, артериосклероз, опухоли и т. д.); наличность истерического припадка, истерической реакции еще далеко не предрешает наличности истерической конституции („истерического характера»). Совершенно точно так же можно определенно говорить, что и эпилептический типичный припадок наблюдается при всевозможных болезнях; только эти болезни, если иметь в виду относительную частоту при них эпилептических припадков, нужно назвать в обратном порядке, начавши с органических заболеваний, продолжая указанными прогрессиентными формами и заканчивая конституциональными психопатиями. Последнее обстоятельство, т. — е. возможность настоящих типичных эпилептических припадков при психопатиях разного рода (Oppenheim, Bratz, Kraepelin и мн. др.), мы особенно подчеркиваем.

Второй пункт, это — вопрос об эпилептическом характере или эпилептическом слабоумии. Генуинная, идиопатическая эпилепсия, как болезненный процесс, как прогрессиентное душевное заболевание, приводит в своем течении, как болезни, рано или поздно к определенному исходному состоянию. Это

исходное состояние—характерно, почти специфично для генуинной эпилепсии. В этом отношении между генуинной эпилепсией и шизофренией может быть проведена полная параллель: и эпилептическое исходное состояние, и шизофреническое в типичных случаях настолько определены, что диагноз заболевания может быть установлен с необходимой точностью по соответствующему status. Психическая картина эпилептического исходного состояния изучена и описана во всех подробностях уже очень давно и нет никакой надобности останавливаться на этой картине. Одним из постоянных и основных компонентов этой картины является ослабление интеллекта, слабоумие; вот почему, думается нам, говоря об эпилептическом исходном состоянии, следует говорить об эпилептическом слабоумии и, напротив, не следует говорить об эпилептическом характере, — и это по двум основаниям: во-первых, когда говорят о характере, то всегда имеются в виду не нажитые, не приобретенные в течение жизни и тем более в течение болезни, а врожденные свойства психики; во-вторых, в понятие о характере совершенно не входит в виде необходимого условия упадок интеллекта, т.е. слабоумие.

Эпилептическое слабоумие, как исход генуинной эпилепсии в достаточной мере специфично; в то же время, если не аналогичная, то во всяком случае близкая к этому эпилептическому слабоумию психика встречается при целом ряде душевных заболеваний. Здесь опять приходится говорить о расширении устанавливаемых нами клинических симптомо-комплексов. Вот почему более других склонные к обобщениям французы (Paul Boncour, Marchand et Nouet) уже давно стали говорить не об эпилептическом характере, а о так называемом эпилептическом характере (*caractere dit epileptique*), подчеркивая этим образным выражением то обстоятельство, что связь между эпилептическими припадками и соответствующим изменением личности вовсе не является неразрывной и безусловно необходимой. Чаще всего близкая (но неаналогичная) к эпилептическому слабоумию психика встречается при хронических заболеваниях, развивающихся в связи с той или другой инфекцией, при некоторых формах артериосклероза головного мозга, при известной локализации опухоли головного мозга, в некоторых случаях церебрального lues и т. д. Эпилептические или эпилептиформные припадки могут сопутствовать страданию, но могут и отсутствовать.

Третий пункт, которого мы хотим коснуться, это вопрос о тех случаях в психиатрической клинике, когда психика, опять-таки близкая к эпилептической (между прочим, без обязательной слабости-интеллекта), является врожденной, присущей пациенту, если не *ab ovo*, то по крайней мере уже определенно обозначается к тому возрастному моменту (14—16 лет), когда намечается и определяется психический склад и характер. В

таком случае надо говорить об epileptoидном типе психики, об epileptoидном характере, лучше всего, думается нам, об epileptoидной психопатии. При всей неопределенности (и клинической, и генетической) понятие о конституциональной психопатии все же должно быть противопоставлено понятию о болезненном процессе о прогрессиентном заболевании. Это различие для психиатрии пока что является очень хорошей рабочей гипотезой. Epileptoидная психопатия, таким образом, противопоставляется генуинной epileпсии, как прогрессиентной форме. Взаимоотношения между здесь сопоставляемыми явлениями совершенно те же, что между шизоидной психопатией (шизоидней) и шизофренией (болезненным процессом).

В связи с только что сказанным должен быть, естественно, поставлен вопрос о более точном клиническом содержании epileptoидной психопатии или, иначе говоря, epileptoидной конституции. Здесь, конечно, много условного. Как мы уже сказали, психика генуинной epileпсии с ее исходным состоянием изучена уже давно; этими давно известными и достаточно определенными чертами «epileптика» и наделяется — только от рождения — психика «epileptoидного психопата». Жизнь и клиника блестяще подтверждают и дальше углубляют эти предпосылки и предположения. Kraepelin в своем учебнике касается этого вопроса вскользь и всего в нескольких строках; но он совершенно определен и, думается нам, в значительной мере прав, когда в вводных общих замечаниях к главе о психопатических личностях говорит: «нельзя отрицать, что мы имеем психопатические личности, особенности которых заставляют думать об их близком взаимоотношении к epileптическому вырождению (терминология автора). Это, во-первых, некоторые раздражительные, мелочные, чересчур набожные педанты и, во вторых, некоторые ограниченные, гневливые эмоционально-тупые грубияны. Дальнейший клинический опыт должен показать, насколько правильно в таких случаях говорить об «epileptoидных психопатах». Другие клиницисты, не делая такого акцента на ограниченности, мелочности, педантизме, ханжестве, сближают epileptoидный тип психопатии с теми личностями, которые описываются под названием «возбудимых» (die Erregbaren, explosible Psychopathen).

Мы лично считаем это последнее мнение более правильным, ибо только что названные свойства психики являются либо вовсе не обязательными, а лишь случайными, либо гораздо больше принадлежащими другим типам психопатии (психастения, шизоидия), либо, наконец, обязанными своим происхождением нажитому, приобретенному слабоумию. Мы полагаем, что epileptoидную психопатию, epileptoидную конституцию характеризуют — уже от рождения — следующие основные

качества во-первых, крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости: во-вторых, приступы расстройства настроения (с характером тоски, страха, гнева), приступы или кратковременные, или более длительные, развивающиеся или спонтанно безо всякого внешнею повода, или в связи с тем или другим психическим шоком; наконец, в-третьих определенно выраженные моральные дефекты. Психопатов эпилептоидного типа мы склонны сближать с психопатами возбудимыми, с психопатами импульсивными.

Четвертый пункт, это—взаимоотношение между эпилептоидной психопатией и эпилепсией генуинной. К сожалению, в этом вопросе что-нибудь определенное сказать нельзя. Сравнение, сопоставление клинических фактов может иметь лишь ограниченное значение, но все же оно может указать путь дальнейших исследований. Одним из очередных вопросов клинической психиатрии является взаимоотношение между шизоидной психопатией и присоединяющимся к этой врожденной недостаточности шизофреническим процессом (шизофренией). Шизоидные препсихотические черты личности могут комбинироваться с болезненным процессом (шизофренией), давая новую, сложную клиническую картину, комбинация эта вовсе не является обязательной и шизоидный психопат может остаться таковым всю жизнь, не давая прогрессирующего инвалидизирующего личностное течение; он может даже проделать психотическую реактивную вспышку, которая обойдется безо всякого ущерба для его психики. Что нужно, чтобы шизоидия превратилась в шизофрению, — вот вопрос, если и нерешенный, то все же определенно поставленный в специальной литературе. Нужно тотчас же, во избежание недоразумений, отметить, что для шизофрении, для шизофренического процесса вовсе не является необходимым предварительным условием наличность шизоидной психики; шизофрения развивается на любой почве, но все же тот факт, что будущие шизофреники задолго до начала шизофрении, за много лет, с детства, если не часто, то в ряде случаев, обнаруживают своеобразные (шизоидные) черты психики,—этот факт является довольно твердо установленным психиатрической клиникой. Те же самые вопросы *mutatis mutandis* должны быть поставлены и не отношению к эпилепсии. Генуинная эпилепсия может развиваться на любой почве, но несомненно существуют проверенные точные случаи, когда задолго до эпилептического процесса наблюдалась эпилептоидная психика. Определить в таком случае срок, начало болезненного процесса чрезвычайно трудно. Это обстоятельство, думается нам,—конечно, среди ряда других соображений — дало Краепелин основание говорить о вероятном существовании случаев эпилепсии без эпилептических припадков. Тот же Краепелин, анализируя психику больных с генуинной эпилепсией, — некоторые из характерных черт этой эпилептической психики относит за счет

недостатков развития индивидуума (Entwicklungshemmung), другие же — за счет самого эпилептического болезненного процесса. Мы видим здесь опять попытку установить разницу между врожденными, с одной стороны, и нажитыми во время процесса болезни, с другой, свойствами психики. Это — вопрос важный, законный, но не так легко разрешимый. В других—быть может, даже более частых случаях—эпилептоидная психопатия точно так же, как и шизоидия, остается таковой в течение всей жизни, не комбинируясь с эпилепсией (с процессом).

Последний- вопрос, который мы хотели бы не решить, конечно, а лишь наметить, это—вопрос о клинической картине тех реактивных психотических вспышек, которые наблюдаются при эпилептоидной психопатии. Это — вопрос о взаимодействии, о соотношении между конституцией индивидуума и его психотической реакцией. Этот вопрос подлежит подробной клинической обработке. По нашим, очень недостаточным наблюдениям эпилептоидный психопат может давать в качестве реактивной вспышки: 1) картину большого двигательного возбуждения, картину буйства; 2) картину резкой тоски; 3) картину сумеречного состояния (с Ganser); 4) наконец, картину псевдодеменции.

Литература.

1. Reichard t. Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. Zeitsch. für die ges. N. u. P. B. 89. 1924.
2. Grülle. lieber die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie. Zentralbl. für die ges. N. u. P. B. 34. 1923.
3. Kraepelin. Zur Epilepsiefrage. Zeitsch. für die ges. N. u. P. B. 52. 1919.
4. Wilmanns. Die Psychopathien. 1914 (Handb. d. N. v. Lewandowsky). Springer.
5. Aschaffenburg. Die Konstitutionellen Psychopathien. 1922 (Handbuch der ärztlich. Erfahr. im Weltkriege 1914/18). Barth.
6. Birnbaum. Psychopathie und Psychosen. 1923 (Handbuch d. N. von Lewandowsky). Springer.
7. Schneider. Die psychopathischen Persönlichkeiten. 1923 (Handbuch d. P. т. Aschaffenburg). Deuticke.
8. Kraepelin. Psychiatrie. IV. Band. 1915. Barth.
9. Bumke. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924. Bergmann.

Основные принципы метода Фрейда [Труды клиники](#)

**и значение его в
психопатологических исследованиях**

**на девичьем
поле**

П.Б. Ганнушкин

Особенностью психиатрии, имеющей своей задачей установление закономерной зависимости патологических проявлений психики от соматических процессов организма, является, соответственно этому, двойкий способ изучения предмета.

Поскольку она имеет в виду конечный причинный момент, психиатрия пользуется биологическими методами, а, изучая проявления болезни, как следствие, она пользуется психологической точкой зрения.

Так как сложные психологические (и патопсихологические) явления не могут рассматриваться, как непосредственный продукт только соматических условий, а скорее представляют собой в той или иной степени производные из психически более элементарных, то психологическая точка зрения должна иметь в виду и происхождение этих сложных проявлений нашей психики. Задача при этом заключается в том, чтобы установить зависимость более элементарных психических феноменов от соматических явлений и выяснить условия образования уже из них более сложных. Другими словами, необходимо найти конкретные соматические источники отдельных сложных (высших) психологических — (resp. патопсихологических) явлений и способ их возникновения.

Разрешение задачи происхождения сложных психических образований связано не только с конституциональной точкой зрения, но в значительной степени и с онтогенетической; а для выяснения способа их возникновения (а не только условий) следует принять во внимание еще роль эндопсихического фактора, т. — е. работу нашего психического аппарата. Клиническая психиатрия, опирающаяся на наблюдение, дает нам много определенного материала, но его недостаточно для указанной задачи.

Проблема происхождения сложных патопсихологических явлений изучена, как известно, методом Фрейда. Задача настоящей статьи выяснить значение основных данных, добытых на основании исследований этим методом, для психопатологических изысканий.

Остановимся сначала на предпосылках разбираемого нами метода и отметим их общеметодологическое значение.

Первой предпосылкой метода Фрейда следует признать — необходимость изучения детерминированности конкретного содержания сложных психических явлений (resp. симптомов).

Поскольку в образовании конкретного содержания симптома принимает участие не только конституционально-наследственный момент, как-конечный или решающий фактор, но еще промежуточный, который объединяет группу онтогенетических моментов, необходимо выяснить значение этого промежуточного фактора по отношению к конечному. Сказать, что промежуточный фактор играет «провоцирующую» роль, вовсе не значит объяснить сущность его влияния, ибо вопрос состоит в том, чтобы понять, в чем, именно, заключается его «провоцирующая» роль. Задача, следовательно, сводится к тому, чтобы выяснить, каким образом конечный (экзогенный) и промежуточный (автогенный) факторы обуславливают возникновение конкретного симптома. Другими словами, необходимо выяснить, каковы все условия, благодаря которым на почве данной конституции известное «переживание» непременно вызывает определенный симптом. Только знание всех условий промежуточного характера может нам объяснить способ происхождения симптома, в то время как ссылка на экзогенный фактор вообще оставляет этот вопрос открытым.

Промежуточный фактор, в конечном счете, зависит от решающего; постольку экзогенный момент («переживания») и подчинен — конституциональному.

Таким образом, метод Фрейда имеет в виду более частную, более близкую причину, без которой нельзя понять способ возникновения конкретного симптома.

«Психиатрия не пользуется техническими методами психоанализа, она не пробует исходить из содержания бредовых идей и, указывая на наследственность, она дает нам слишком общую и отдаленную этиологию, вместо того, чтобы открыть нам более частную и близкую. Но разве в этом кроется противоречие или противоположность? Разве это не является скорее усовершенствованием?» (Фрейд. «Лекции по введению в психоанализ», т. II, стр. 44 — 45). Понимание роли промежуточной причины невозможно без уяснения сущности конечной. Метод Фрейда старается конкретизировать, с психологической точки зрения, сущность эндогенного фактора. Другими словами, он выясняет, чем в психике представлены отдельные эндогенные моменты, представляющие собой, по существу, источники сложных психических образований. Эти репрезентируемые в психике биологические детерминанты Фрейд называет «влечениями». Мы подошли, таким образом, ко второй предпосылке разбираемого метода, именно, психологии влечений.

Влечения являются психическим представительством определенных соматических функций и обозначают двигательный момент в психике, связанную с ними

побудительную силу, как результат внутренних раздражений. «Если мы начнем с биологической точки зрения рассматривать душевную жизнь, то «влечение» покажется нам понятием, стоящим на границе между душевным и соматическим, психическим представителем раздражений, исходящих из внутренностей тела и проникающих в душу, мерилom работы, которая требуется от психики вследствие ее связи с физическим» (Фрейд. «Основные психологич. теории в психоанализе». Сборник под ред. Ермакова, стр. 107). С психологической точки зрения, «влечение» есть объективно — необходимая тенденция к удовлетворению определенной цели, связанной с устранением раздражения в соматическом источнике влечения. Влечение является раздражением для психики и выражает потребность организма. Раз удовлетворенное влечение создает производное психическое образование — желание, как выражение стремления к определенному способу удовлетворения влечения, связанному с конкретным объектом. Влечение есть психическое представительство детерминанты (биологической) наших желаний, как реальных психических явлений; влечение же является, таким образом, научно-вспомогательным понятием.

Влечения или желания составляют промежуточные моменты к выявлению детерминант, так как желание есть конкретное психическое выражение „необходимости“. Желание является физическим посредником между причиной (соматического ряда) и следствием (психического ряда), поскольку здесь имеется промежуточный фактор—психика, психический аппарат. «Желание» есть, по существу, только форма, в которой психологически, для нас, выражается биологическое должное, «необходимое», так как само желание обусловлено той же «необходимостью».

Влечения или желания, являясь следствием определенных соматических функций, в свою очередь, являются причиной психических проявлений. Будучи сами детерминированы соматически, желания, как психические феномены, вторично детерминируют другие психические проявления. Следовательно, они являются промежуточной инстанцией между соматической причиной и психическим следствием. Промежуточная детерминанта (психическая)—желание — находится, таким образом, в связи с конечной, (биологической), детерминантой, что соответствует единству детерминизма психики. Учение Фрейда, имея в виду психологическую точку зрения, пользуется поэтому для обозначения биологических детерминант психических явлений понятиями: «влечения» или «желания». Они являются, по существу, не конечной причиной, а промежуточной,— но зависящей от нее. Недетерминированных желаний нет; детерминирующим моментом их является соматический процесс, но не в том смысле, что желание, как

психический акт, имеет свой соматический «субстрат» в нервном процессе, а в том смысле, что самый нервный процесс в данном случае обусловлен другим процессом организма. «Влечения» имеют в учении Фрейда значение (психического) представителя не только детерминирующего фактора, но являются в то же время выражением и момента биологической целесообразности, ибо влечение обозначает тенденцию к удовлетворению определенной доли, связанной с соматическим явлением организма. „Источником влечения является возбуждающий процесс в каком-либо органе, и ближайшей целью влечения является прекращение этого раздражения органа (Фрейд, в сборнике «Очерки по психологии сексуальности». М. 1923 г., стр. 43).

Таким образом, в понятии «влечение» тесно переплетаются между собой моменты необходимости и объективной (биологической) целесообразности. Известное психическое проявление «необходимо», а поскольку оно вызвано влечением, как выражением органической потребности, относительно последней является и целесообразным. Другими словами, сама целесообразность также «необходима», а посему здесь нет речи о субъективном целеполагании. Момент телеологический здесь не противоречит моменту детерминизма, так как первый является только выражением второго с точки зрения не логической, а органической необходимости. Таким образом, понятие «влечение», являясь пограничным между соматическим и психическим, служит посредствующим звеном между биологическими детерминантами и целесообразными психическими следствиями. Цель есть следствие в будущем и, как следствие, зависит от причины. Влечение или желание, как выражение необходимости, одновременно представляет и цель, как ее следствие, только в своей направленности к ней. Психология влечений, внося научно-вспомогательное понятие («влечение») и оперируя им, как бы перекидывает мост между соматикой и психикой, ибо «влечение» имеет одновременно свой соматический «субстрат» и психический «коррелят».

Фактором, трансформирующим внутренние раздражения во внешний сложный психический эффект, является «динамика» психического аппарата. Если влечения составляют элементарный источник, представляющий биологический, решающий фактор наших психических, проявлений, то деятельность психики как промежуточный — эндопсихический — фактор объясняет нам механику возникновения из этого источника более сложных образований. Мы, таким образом, подошли к третьей предпосылке метода Фрейда — именно, к учению о бессознательном и вытеснении.

Сущность учения о бессознательном сводится вкратце и в

основном к следующим положениям.

«Психическое не однозначно с сознательным. Какое-нибудь явление может быть психическим, не будучи осознанным. «Сознание» есть лишь описательный термин для выражения определенного психического качества, которое может присоединиться или не присоединиться к другим качествам. Психическая деятельность сама по себе — бессознательна. Всякий психический акт начинается, как бессознательный, и, в общем, проходит через вторую фазу—сознательную, если на пути к ней он не встречает препятствия; в противном случае данный психический акт этой фазы не достигает и остается бессознательным. Но психический акт, уже достигший сознательной фазы, может стать вновь бессознательным, если, по определенным причинам, он «вытесняется» из сознания, и остается «вытесненным». В первом случае мы имеем дело с явлением «сопротивления», во-втором — с явлением «вытеснения», — явлений, по существу, идентичных, только действующих одно в направлении недопущения в сознание, другое в направлении изгнания из сознания. Оба эти явления суть функции определенной психической «институции», названной Фрейдом фигурально «цензурой».

Понятие «бессознательное» в учении Фрейда не служит для обозначения отрицательного качества (отсутствия сознательности) и не является также метафизическим понятием, а обозначает определенную психическую «систему», имеющую конкретное психическое содержание. Оно составляет воспринятое психикой изнутри (и извне) и недостижимое сознания или вытесненное из сознания. Конкретно говоря, это, преимущественно, вытесненные инфантильные переживания. «Можно сказать, что большинство того, что происходит из бессознательного, носит инфантильный характер» (Jnng. «Die Psychologie der unbewussten Prozesse». 1917, стр. 38). «Ядро психического бессознательного образует архаическое наследство человека, а вытеснению подвергается то, что при продвижении к позднейшим ступеням развития всегда должно быть оставлено, как негодное, несовместимое с новым и для него вредное». (Фрейд. Aus der Geschichte einer infantilen Neurose» «Samml. Klein. Schrift», 5 Folge).

Однако, сущность бессознательного заключается в его динамической роли, в функции этой «системы» психики. Дело в том, что вытесненное может сохранять в бессознательном свою актуальность, т.е. стремиться достигнуть сознательной фазы. Посредством ряда «механизмов» бессознательное создает условия, в виде различных своих «отпрысков», представляющих собой искажение первоначальных влечений, для обхода «цензуры» и проникновения в сознание. Эти искаженные в бессознательном влечения Фрейд называет «заменяющими

образованиями». Одним из видов заменяющих образований является так называемое «реактивное», являющееся результатом интенсивного вытеснения.

Реактивные образования представляют собой противоположную полярность вытесненных влечений. Так, например, чрезмерная мягкость есть реактивное образование вследствие вытеснения интенсивной жестокости. Это не означает, что у мягкого «по натуре» человека нет жестокости, она в бессознательном. Точно так же, напр., не значит, что стеснительный субъект не самолюбив, наоборот, он чрезмерно самолюбив, но его самолюбие создает реактивно обратное поведение в форме стеснительности: самолюбивые же его тенденции бессознательны, однако обуславливают внешнее его поведение.

Значение учения о бессознательном и вытеснении заключается, прежде всего, в том, что, изучая содержание бессознательного, мы имеем возможность обнаружить конечные детерминирующие моменты наших желаний и поступков (действительные, скрытые от сознания «мотивы»). Пользуясь же материалом сознательного, мы большею частью имеем дело с «искаженными», иногда до противоположности, тенденциями, что вводит в заблуждение. Во-вторых, знание функции системы бессознательного и ее «механизмов» дает нам указания о способе происхождения посредством психической динамики (борьбе тенденций) сложных образований. В частности, процесс вытеснения, сублимирования, образование заменяющих феноменов и указывают на определенную коллизию («конфликт») в психике.

Основные положения метода Фрейда суть выводы из его учения о сущности и способах образования симптомов определенных форм психоневрозов (конверсионной истерии, навязчивого невроза). Так как учение Фрейда о неврозах неразрывно связано с его взглядами на половое влечение, то, прежде, чем остановиться на выводах из этого учения, необходимо указать главные мысли относительно развития и значения полового влечения.

«Половой инстинкт» рассматривается Фрейдом, как групповое понятие, включающее в себе совокупность отдельных влечений сексуального характера. К этим влечениям, кроме влечения к конечной цели, т. — е., к продолжению рода, относятся, прежде всего, все те, которые являются предварительными на пути к достижению конечной цели. Но самое важное, это — отнесение Фрейдом к половому инстинкту проявлений инфантильной сексуальности, с которой связано происхождение патологической (извращенной) сексуальности.

Сущность сексуальной теории Фрейда сводится к следующему.

Проявление отдельных влечений полового характера (инстинкта) не связано со зрелостью генитального аппарата, и потому обнаруживаются значительно раньше периода половой зрелости. Отдельные сексуальные влечения, связанные в процессе онтогенетического развития с функцией различных эрогенных зон (оральной, анальной, уретральной и др.) проявляются в первые годы жизни ребенка и составляют содержание инфантильной сексуальности. Особенностью ее является многообразие этих промежуточных на пути развития человека сексуальных влечений, не подчиненных цели продолжения рода. Это— «частичные» (парциальные) влечения. В процессе индивидуального биологического развития полового инстинкта некоторая часть «частичных» сексуальных влечений вытесняется.

В случае отклонения от нормального хода развития полового инстинкта встречаются задержки на той или иной ступени инфантильной сексуальности. Индивиды, остановившиеся на определенной ступени инфантильной сексуальности, составляют представители различных труппа извращенных. Без инфантильной сексуальности не было бы извращений, т. — е. патологии, ибо ребенок обладает всей суммой возможных извращений полового инстинкта, почему и назван Фрейдом, в сексуальном отношении, «полиморфно-извращенным».

Второй важный момент в учении Фрейда о сексуальности сводится к вопросу о судьбе или превращениях сексуальных влечений («частичных»). Последние, проявляясь в довольно раннем возрасте и не преследуя цели продолжения рода, направляются на другие цели, несексуальные. Этот процесс десексуализация частичных половых влечений Фрейд называет сублимированием. Вытесненные же частичные половые влечения влекут за собой возникновение «реактивных образований», не имеющих сексуальных целей. Следовательно, реактивное вытеснение есть только частный вид сублимирования.

Таким образом, из первоначально сексуальных влечений возникают несексуальные, которые благодаря своей генетической связи с первыми относятся Фрейдом к группе половых).

Возвращаемся к основным выводам из учения Фрейда об источниках и способах возникновения конкретного невротического симптома.

Все детали содержания симптома строго детерминированы, а симптом в целом имеет свою целесообразность. Поскольку симптом представляет деятельность, имеющую отношение к удовлетворению— в своеобразной или отрицательной форме —

определенного частичного (сексуального) влечения, постольку он детерминирован последним, как выражением — определенного. соматического процесса,— целью симптома является, именно, удовлетворение данного влечения.

Особенностью симптома, как патологического явления, составляет его зависимость от вытесненного в бессознательную систему психики влечения, которое, однако, сохранило свою активность, т.е. которое неокончательно («неудачно») было вытеснено. Центр тяжести здесь не в зависимости симптома от бессознательного (очень много «нормальных» проявлений нашей психики связано с бессознательным), а в том, что в психике что — то мешает этому влечению стать сознательным, т. — е. совершиться этому психическому акту обычно. Другими словами, с динамической точки зрения симптом обязан сильному сопротивлению, обусловливающему «конфликт» в психике.

Содержание симптома восстанавливает собой переживание детского периода жизни, подвергшееся вытеснению в свое время. Значение этого переживания в том именно, что оно в свое время, как и теперь в симптоме, было связано с удовлетворением определенного инфантильного (resp. частичного) сексуального влечения. Своеобразная форма этого симптома, часто нелепая с внешнего взгляда, обусловлена работой психики, т. — е. «искажением» первичного содержания под влиянием «сопротивления», подобно «работе сновидения» под давлением «цензуры» сна.

Итак, сущность явления симптома заключается в возврате («регрессе») невротика к удовлетворению вытесненного инфантильного влечения.

Таким образом, симптом оказывается детерминированным в конечном счете влечением, как эндогенным моментом, выражающим определенную функцию организма. Способ его возникновения благодаря промежуточному условию — экзогенному моменту—объясняется динамикой психики, связанной с известной борьбой тенденций («влечений») внутри психического аппарата.

Итак, основные предпосылки метода Фрейда, будучи приложены к исследованию происхождения невротического симптома, показали, как образование его связано с процессом биологического развития индивида и в чем конкретно заключается роль влияния жизненных обстоятельств.

Сущность этого процесса (мы имеем сейчас в виду «нормальные» явления) сводится к психической «обработке» эндогенного и экзогенного материала в ранние детские годы.

Результатом этой «обработки» является либо подавление определенных влечений, либо отклонение одних влечений на другие цели. Следовательно, сложные психические образования являются надстройкой на биологическом фундаменте соматических функций организма.

Характеризуя метод Фрейда, с точки зрения задач и методики, следует согласиться, что он является, во-первых, психоаналитическим по своим приемам, по технике, поскольку он старается: 1) разложить сложные образования, 2) выяснить их элементарный источник, 3) проникнуть в способ их возникновения. Во-вторых, он может быть назван историческим по своему аспекту, поскольку в своем исследовании он идет ретроспективным путем, стараясь на основании изучения условий возникновения в прошлом какого-нибудь явления выяснить его смысл. Наконец, термин психогенетический выражает его сущность, поскольку он имеет целью установить генез — источник и процесс образования — сложных психических явлений.

Прежде, чем перейти к выяснению ценности метода Фрейда для основных проблем психопатологических исследований, необходимо остановиться на принципиальном значении изучения детерминированности содержания симптома. Сказать, что содержание симптома взято из личных переживаний раннего или более позднего периода жизни, вовсе не значит объяснить его «необходимости» (детерминированности). Переживания—только источник данного содержания, недалеко не все переживания обладают «необходимостью» стать содержанием данного симптома.

Ставя вопрос, почему определенное переживание из всей совокупности жизненного опыта индивида стало содержанием симптома, мы имеем в виду выяснить источник «необходимости» этого обстоятельства. Отвечая на этот вопрос в этом духе, что содержание почерпнуто из материала переживаний, мы только переносим тот же вопрос к моменту возникновения этого содержания. Если и можно говорить о «случайности» переживания в том смысле, что оно имело, вообще, место у индивида, то не «случайным» является отношение его к психике. Центр проблемы лежит, именно, в этом пункте. Источник «необходимости» для определенного переживания стать содержанием данного симптома мы должны искать не только в свойствах переживания, самих по себе взятых, а в отношении этих свойств к нашей психике. Индифферентное переживание почти не фиксируется в психике. Сущность взаимосвязи («корреляции») переживания, как внешнего явления, с психикой заключается в роли его по отношению к нашим влечениям или желаниям. Только то «случайное» «необходимо» становится содержанием нашей психики, что

может быть объектом наших влечений или желаний. Если учение Фрейда придает известное значение в возникновении симптома моменту фиксации на определенном инфантильном переживании, то смысл этой фиксации заключается в ее связи с определенным частичным влечением.

Отсюда ясно, что переживание, как содержание психики вообще, а не только симптома, должно иметь свою «необходимость», а, следовательно, и источник последней. Источник этой «необходимости» мы, после сказанного, можем усмотреть в определенном влечении, т. — е. в биологической детерминанте. Таким образом, выясняя вопрос об источнике „необходимости» (детерминированности) содержания симптома, мы тем самым узнаем характер и направление желания или цель влечения, а, следовательно, в известных случаях, и его соматический источник.

Итак, изучение детерминированности содержания симптома привело нас к эндогенному моменту, с которым связан данный симптом. Содержание оказалось обусловленным тем же, чем и способность к образованию симптома, т. — е. определенным влечением. Другими словами, не будь «необходимости» для данного содержания, симптом не мог бы проявиться. Вопрос о детерминированности содержания, следовательно, связан с вопросом о «необходимости» симптома, т. — е. вопрос о возникновении данного конкретного симптома есть в то же время вопрос о возникновении симптома вообще. А потому изучение первого есть путь к выяснению второго. Содержание определенного симптома является не индифферентным элементом симптома, а внутренне — необходимым, психологически (resp. биологически) неразрывным с симптомом, как выражением результата биологической причинности.

Содержание симптома есть реализация, конкретное воплощение в психическом виде способности образовать симптом; оно есть орудие, способ, посредством которого выражается эндогенный момент. Потому то мы через содержание его и имеем возможность доискаться этого эндогенного фактора, что содержание есть объект его проявления и связано с ним причинно.

Итак, «необходимость» содержания (симптома), как результата переживания, связанного с удовлетворением определенного влечения, основана, в конечном счете, следовательно, на известной биологической функции. Если проявление некоторых нормальных функций организма сопровождается определенным психическим содержанием, то, идя от нормы к патологии, мы не имеем основания отказаться от мысли найти связь между патологически протекающей функцией организма и

сопровождающим его психическим содержанием.

Но наша проблема как раз обратная. Если по характеру желания мы часто в состоянии судить об источнике его, если по содержанию фантазии не трудно узнать породившее его влечение, то, переходя через сновидение и невротический симптом, связь которых с определенными функциями организма может быть выяснена методом Фрейда, к содержанию галлюцинаторных и бредовых явлений в некоторых случаях, можно поставить себе задачей выяснить эндогенный момент, обуславливающий данное содержание, т. — е. функцию организма, с которой оно связано. Не решая этим вопроса о причине патологического направления функции, мы можем выяснить, с какой, именно, функцией организма данное явление связано. Для этого необходимо с психологической стороны изучать соматические функции: разложить сложные психические образования, возникающие на их биологическом фундаменте, дабы найти соматические источники отдельных частичных влечений, связанных с данной функцией. Таким путем мы бы подошли к общим органическим основам сложных патологических психических проявлений. Если по отношению к функции продолжения рода эти психологические вопросы значительно выяснены, то, что касается влечений групп функции сохранения вида (питания, самозащиты и др.), мы имеем пока недостаточно «аналитических» данных в этой области, по определенным причинам. Однако это должно нас только побудить еще более к выяснениях указанным методом— психогенетическим— психических и психопатологических проявлений, связанных с этой группой функции организма.

Значение метода Фрейда для клинического исследования конституции связано с двумя основными проблемами учения о психической конституции вообще.

Основная задача учения о конституции в психиатрии, как этиологической проблемы, заключается в установлении определенной зависимости между психическими проявлениями личности и соматической конституцией. Однако, сложные психические проявления не могут рассматриваться, как непосредственный продукт соматических процессов организма. В их возникновении из других более элементарных психических свойств принимают участие экзогенный фактор («переживания») и эндогенный в виде работы психического аппарата, очевидно, определяемой также конституциональным моментом. Таким образом, задача должна свестись к установлению связи между соматическими процессами и психической конституцией, как совокупностью основных (конститутивных) первичных психических свойств. И предварительная задача состоит, следовательно, в выяснении первичного состава данной психической конституции, т. — е. ее

элементарных ингредиентов.

Это требуется также с точки зрения изучения наследственности психических свойств, что составляет вторую основную проблему конституции.

Задача клинического изучения конституции (психической) требует выяснения генезиса (психического) сложных психических образований. Тогда выяснятся психические источники их, и будет дана возможность изучать последние как с точки зрения биологической генетики, так и со стороны их соматического «субстрата».

А для клиники окажется, что многие сложные образования, относимые теперь к различным психическим конституциям, имеют в своей основе общий источник.

Метод Фрейда берет конституцию не за начальный, а конечный пункт исследования. Выясняя генезис сложных психических проявлений, этот метод старается выделить все то, что возникло под влиянием индивидуальных переживаний и при участии «динамики» психики от унаследованного. Вместе с этим выясняются конституциональные источники изучаемых образований. Благодаря этому получается возможность изучать наследственность первичных психических элементов, а не сложных явлений, которые содержат в себе моменты приобретенные и продукты «переработки» в психике «раздражений» внутренних и внешних, что должно вести к неверной методике исследования наследственности психических свойств. Кроме того, благодаря психологическому направлению метода Фрейда — мы получаем отправной пункт для выяснения связи физической (соматической) конституции с «психической». Эта возможность обязана психологии влечений, как принципиальному положению в учении Фрейда. Поскольку влечения представляют в психике определенные соматические явления, то, говоря о конституции, с точки зрения влечений, мы имеем в виду одновременно определенный соматический источник первичных психических свойств, а также образований, генетически с ним связанных. Таким образом, понятие «влечение» и в учении о конституции перекидывает мост между соматическим и психическим, поскольку оно является пограничным понятием между ними.

Изучая отдельные элементы эндогенного фактора с психологической стороны, метод Фрейда дает, наконец, возможность найти критерий для различения конституций. По Фрейду всякая конституция состоит из одинакового числа качественно различных ингредиентов, из которых каждый в различных конституциях (типах) количественно различно

выражен.

«Можно себе даже представить, что качественно врожденная конституция у всех людей одинакова, и они отличаются одна от другой и в количественном соотношении влечений» (Фрейд. «Лекции». Пт., стр 164). Поскольку влечения являются психическим источником сложных проявлений, количественные особенности их должны получить и свое психическое выражение в явных и латентных особенностях характера.

Выяснив происхождение (психогенеза) ряда психических проявлений (особенностей характера), связанных с сексуальными влечениями, учение Фрейда подошло к формулировке сущности, в частности, сексуальной конституции. «Под различием сексуальной конституции мы представляем себе преобладание у того или другого из разнообразных источников сексуального возбуждения» (Фрейд. «Очерки по психология сексуальности». Сборник под ред. Ермакова, стр. 109).

Анализ или выяснение психогенеза образований, связанных с другой группой влечений (самосохранения), дало бы возможность и в этой области обнаружить первичные психические элементы, с ними связанные, что облегчило бы изучение законов наследственности в отношении их.

VI

Учение о психической конституции связано с характерологией. Основными проблемами последней являются генез характера, т. — е. выяснение источников и способов образования его свойств, и классификация характеров (типов). Метод Фрейда, как психогенетический по существу, имеет для характерологии значение, именно, в выяснении сущности характера и его образования. Остановимся сначала на сущности отдельного свойства характера.

Всякая черта характера с первого взгляда кажется каким-то самодовлеющим свойством психики. Рассматривая ее, как выражение причины, определяющей ту или иную особенность поведения, мы, однако, должны поставить еще два вопроса: во-первых, ближайшим следствием чего явилось данное свойство психики, и, во-вторых, каков смысл его существования у индивида. Другими словами, необходимо подойти к каждой отдельной черте характера с точек зрения ближайшей детерминированности и целесообразности, поскольку мы имеем дело с биологическим явлением. Рассматривая черту характера, как психическое образование, принципиально ничем не отличающееся от определенного невротического симптома (скажем, в неврозе навязчивости), можно сказать, что если

смысл данной черты характера нами прямо не обнаруживается.

то из этого не следует, что его нет или никогда не было. Поэтому в отношении определенной черты характера пред нами такая же задача, как и в отношении невротического симптома. Она так формулирована Фрейдом в своих лекциях (т. II, стр. 60):

«возникает прямая задача для бессмысленной идеи и бесцельного действия найти такое положение в прошлом, при котором эта идея получает оправдание, а действие — целесообразность». Для понимания смысла или цели черты характера необходима, следовательно, историческая точка зрения) Только изучив возникновение данного свойства характера, мы можем обнаружить его первоначальный смысл, который в дальнейшем ходе развития мог исчезнуть.

Возникновение отдельных свойств нашего характера связано с проявлением или удовлетворением влечений, как тенденцией к достижению определенных целей, обусловленных соматическими процессами организма, т. — е. его функциями. Таким образом, черты характера с самого начала своего возникновения служат достижению целей отдельных влечений организма и проявляются вместе с удовлетворением или стремлением к удовлетворению их. Можно сказать, что в самые ранние периоды жизни некоторые свойства характера неотличимы от влечений, т. — е. от инстинктивных проявлений. Развитие свойств «характера», как тенденций, уже непосредственно не связанных с удовлетворением первоначальных влечений, обязано двум, преимущественно психическим, «механизмам»: сублимированию и «реактивному» вытеснению.

Сублимирование (т. — е. отклонение влечения от сексуальной цели) объясняет нам образование ряда таких свойств характера, смысл или цель которых с внешнего взгляда не ясна, почему они кажутся самодовлеющими проявлениями психики. Но если мы обратимся к периоду возникновения этих черт, то увидим их тесную связь с определенными влечениями, из которых они произошли. Постараемся на конкретном примере выяснить сущность этой связи. Фрейд указывает, что индивиды, у которых в детстве можно отметить интенсивное проявление сексуального влечения, связанного с анальной эрогенной зоной, во взрослом возрасте отличаются между прочим упрямством. Последнее связано с тем фактом, что такие дети стараются задерживать акт дефекации, упорствуя в связи с противодействием старших.

Посмотрим, что представляет собой упрямство в начальной стадии своего развития? Сказать, что в этом периоде ребенок обладает упрямым «характером», нельзя. Он только проявляет упорство в одном случае, связанном с удовлетворением частичного влечения. Его упрямство имеет, следовательно, пока

ограниченную сферу приложения и слито с отправлением одной функции, связанной с удовлетворением влечения. Упрямство здесь характеризует силу и направление этого влечения. Оно неотделимо от цели влечения и служит его удовлетворению. Мы можем, следовательно, в упрямстве видеть проявление стремления к удовлетворению данного влечения, заключающегося в получении известного наслаждения от функции органа. Таким образом, упрямство находит свою целесообразность и источник «необходимости» в данном влечении. Поскольку в дальнейшем ходе развития последнее вытесняется, упрямство, эмансипированное от своей первоначальной цели, направляется на другие, несексуальные. Таким образом, оно приобретает значение как бы самодовлеющей черты характера, но источник его „необходимости» остается в первоначальном влечении, хотя и подвергшемся вытеснению, а потому и проявляется, как влечение, т. — е. как побудительная сила.

Итак, образовавшаяся путем сублимирования определенная черта характера, подобно симптому, повторяет или продолжает возникшее в детстве в связи с определенным влечением поведение.

Второй «механизм» образования черт характера — реактивное вытеснение, т. — е. влекущее за собой возникновение в психике противоположной тенденции. Так, например, реактивно вытесненное частичное влечение показывать себя ведет к образованию застенчивости, указывающее на наличие в психике противодействия основному влечению. — Нам следует и в случае реактивного вытеснения указать связь черты характера с первоначальным влечением и отношение ее к этому влечению при сложившемся уже характере личности.

С момента возникновения реактивная тенденция (resp. влечение) имеет своей целью противодействовать проявлению влечения, подлежащего вытеснению, и пользуется активностью (resp. источником энергии) вытесненного влечения. Таким образом, и здесь мы можем усмотреть присоединение энергии сексуального влечения к тенденции другого порядка, как это наблюдается при сублимировании.

Имея целью не удовлетворение, а противодействие сексуальному влечению, т. — е. осуществление несексуальной цели, реактивная тенденция также кажется самодовлеющей чертой характера, к тому еще «морального» порядка, т. — е. якобы безусловной и лишенной цели. Однако, в действительности, она сохраняет свою основную цель, — противодействия первоначальному влечению — и находит в последнем источник «необходимости», т. — е. проявляется, как влечение, как побудительная сила в психике. Переходя теперь к

вопросу о сущности характера в целом, мы можем сказать, что он детерминирован нашими влечениями, а, следовательно, функциями нашего организма. В связи с этим характер получает свою внутреннюю целесообразность, поскольку отдельные свойства его служат удовлетворению определенных влечений (первичных и вторичных, т. — е. генетически с ним связанных). Таким образом, с точки зрения генезиса, характер, как совокупность определенных свойств поведения, представляет собой творящего рода форму проявления наших влечений (resp. инстинктов): непосредственное продолжение их, сублимирование, т. — е. отклонение от первоначальных сексуальных целей на другие, и «реактивное» их подавление, с последующим образованием противоположного.

«Дефинитивные особенности характера представляют собой или неизменно продолжающие свое существование первичные влечения, продукты их сублимирования, или же являются новообразованными, имеющими значение реакции на эти влечения» (Фрейд. «Характер и анальная эротика»).

Поскольку в основе характера лежат влечения, т. — е. конституциональные соматические источники, он в основном с развитием личности не изменяется); роль инфантильных переживаний сводится к выявлению и конкретизации определенных влечений, чем и определяется фактическое содержание свойств характера.

Из сказанного вытекают главные указания методологического порядка в изучении характера или отдельных свойств его. Выясняя генезис последних, необходимо ответить на вопрос о том, с удовлетворением какого влечения связано возникновение данного свойства. Тем самым мы получаем ответ об источнике, детерминирующем данную черту характера, и об первоначальной ее цели. Далее, необходимо выяснить способ («механизмы») возникновения или другие формы превращения влечений. Наконец, необходимо установить, является ли в каждом отдельном конкретном случае данная черта характера производного ряда унаследованной или возникла в процессе онтогенезиса из первоначального влечения. Этот вопрос связывает характерологию с учением о конституции и законах наследственности.

Генетическая точка зрения дает нам также критерий для некоторой общей классификации психических свойств.

Соответственно делению влечений можно прежде всего различать «конечные» и «предварительные» свойства психики. Первые связаны с такими влечениями, цель которых совпадает с основной биологической; вторые связаны с так называемыми промежуточными влечениями, у которых цель является

средством к осуществлению конечной цели. С биологической точки зрения следует еще различать влечения, связанные лишь филогенетически с конечной целью определенного инстинкта. Поэтому необходимо сначала определить функцию, с которой связано или было связано в ходе филогенетического развития данное влечение; это даст возможность отнести определенное свойство к группе того или иного конечного влечения, а затем в пределах данной группы необходимо указать, является ли данное свойство предварительным или филогенетически-связанным (филогенетически-промежуточным). Например, к половому инстинкту относятся страсть к показыванию и анальная эротика. С психогенетической точки зрения следует различать первичные и производные свойства; первые суть непосредственное продолжение частичных влечений, вторые — результат психической обработки их (например, страсть к показыванию и застенчивость). Обе точки зрения должны быть приложены одновременно к каждому психическому свойству (черте характера). Самым общим признаком является отношение черты характера к той или иной функции организма, затем — отношение к конечной цели влечения, связанной с этой функцией и, наконец, психогенетическая сторона. Таким образом, получаем схематическое деление черт характера на биопсихологическом принципе или, вернее, биопсихогенетическом. Всякое научное описание характера в статическом разрезе должно придерживаться генетической точки зрения, которое в то же время здесь является и причинной. Вместе с тем она должна выяснен связь между отдельными первичными и отдельными вторичными чертами разных групп.

Метод Фрейда, изучающий влияние индивидуальных переживаний на развитие и проявление психических свойств, приобретает особое значение в изучении психогенных реакций. В противоположность эндогенным, в узком смысле слова, проявлениям болезни, в психогенных заболеваниях известное значение придается экзогенному фактору—«переживанию». Сущность проблемы психогении заключается в выяснении значения переживания, в раскрывши природы его влияния.

Говорят, что определенное случайное переживание явилось условием психогенной реакции. Но здесь нужно подчеркнуть, о какой случайности речь идет. Одно дело «случайность» события, т. — е. что определенное явление произошло независимо от изучаемого нами явления, а другое дело результат этого события, которого никак нельзя считать «случайным», а строго «необходимым», детерминированным). Другими словами, вопрос сводится к тому, почему данное «случайное» событие оказалось условием появления реакции.

Научное мышление требует, чтобы в самых условиях

содержался момент «необходимости» вытекающего следствия, и только в этом смысле те или иные явления могут рассматриваться, как «условия», т. — е. детерминирующие факторы. Условие, не содержащее в себе момента необходимости произвести определенный эффект, не является детерминантой. Мы мыслим «условия», как выражение «необходимости», в них заключающейся.

Следовательно, мы спрашиваем, каков источник «необходимости» для определенного переживания вызвать известную «реакцию»?

Итак, если какое-нибудь, хотя и «случайное» (в указанном выше смысле), переживание вызвало определенную психическую реакцию, то оно не является «случайным» по отношению к следствию в том смысле, что оно а priori представляло собой индифферентное к последнему явление и приобрело значение «необходимости» только благодаря факту столкновения с данной личностью, т. — е. тем, что оно стало «переживанием». Поскольку мы считаем данное переживание «необходимым» условием выявления реакции, мы должны допустить, что момент «необходимости» в нем заранее уже заключается, т. — е. что оно заранее обладает «свойством» вызывать реакцию (конечно, при определенных условиях). Наша задача заключается в выяснении сущности этого свойства и его источника.

Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо вникнуть в сущность «реакции», как таковой. Реакция есть ответ на внешнее событие, собственно, не как объективный феномен, действующий непосредственно, а как субъективно воспринятое («переживание»). Другими словами, внешнее явление становится «переживанием» постольку, поскольку к нему устанавливается определенное отношение личности. В психогенных «реакциях» дело обстоит, следовательно, не так, как в химических реакциях, где каждый реагент действует объективно ему присущими свойствами. В нашем случае само свойство «реагента» («раздражителя») быть таковым создается благодаря субъективному отношению к нему индивида. Источником этого субъективного отношения являются бессознательные влечения или «комплексы» (Юнг), Сущность этой субъективной оценки заключается в отношении внешнего явления к определенному влечению, как объекта его.

Таким образом, внешнее событие влияет на психику не своим объективным содержанием, а свойством последнего, обусловленным внутренним моментом, так сказать, психическим отражением его.

В таком случае сущность «реакции» сводится к действию одного психического момента на какой-то другой момент психики.

Другими словами, «реакция», как и «симптом», есть результат какого-то внутри-психического (бессознательного) конфликта.

Следовательно, между внешним обстоятельством, как раздражением и психической реакцией, как выявлением определенного влечения, заключено еще промежуточное звено — другой психический момент — обуславливающее конфликт, как результат «сопротивления».

С этой-то точки зрения термин «психогенная реакция» и получает свой смысл, поскольку этим подчеркивается роль эндопсихической динамики в возникновении внешнего эффекта. Таким образом, источник свойства внешнего события произвести «реакцию» лежит в моменте определенного «влечения», а сущность этого свойства заключается в отношении события к данному влечению. Другими словами, момент «необходимости» влияния внешнего события обусловлен, в конечном счете, эндогенным моментом, т. — е. конституционально-определяемым биологическим фактором.

Психогения, следовательно, сводится, в итоге, к эндогении, только нуждающейся для своего выявления в соответствующем экзогенном моменте. И задача заключается в том, чтобы, изучая источник «необходимости» данного экзогенного влияния, найти тот эндогенный момент, которым оно обусловлено.

Всякая реакция является целесообразной, поскольку она связана с определенной биологической функцией, и если этот смысл нам не ясен, то его необходимо найти. Часто патологические реакции кажутся нам inadequate, но, в действительности, inadequate реакций нет. Необходимо потому найти действительный повод, а не ближайший внешний, который его часто только прикрывает, тот, который обладает «необходимостью» вызвать реакцию; тогда последняя окажется вполне adequate. Только методом кропотливого «анализа» удастся обнаружить ассоциативную связь «индифферентных» раздражителей с определенными вытесненными влечениями (см. примеры у Юнга в «Die Psychologie der unbewussten Prozesse»). С методологической точки зрения важно подчеркнуть, что путь к выяснению решающего фактора психогении — эндогенного момента — и «механизма» реакции лежит через изучение содержания реакции, которому должен быть найден соответствующий смысл, т.е. выяснены первоначальные условия его происхождения и значение его в данной реакции.

Выводы из учения Фрейда дают нам, наконец, известный аспект для понимания сущности психопатии, как таковой. Проблема заключается в том, чтобы найти критерий объективный, внутренне-необходимый, связанный с самими условиями

возникновения психопатии.

Только тогда будет ясна разница между нормой и патологией, как принципиально общими явлениями, и она сведется к особенностям условий, благодаря которым возникает или протекает та или другая.

С «динамической» точки зрения основное условие невроза сводится к определенной психической или эндопсихической коллизии («конфликт»). Сущность этой коллизии заключается в «неспособности» невротика подавить такие унаследованные влечения, которые в процессе индивидуального развития подлежат «вытеснению», поскольку они являются неприемлемыми для «Я». Вследствие неполного («неудачного») вытеснения эти влечения сохраняют в бессознательном свою активность и обуславливают борьбу в психике, стремясь преодолеть вытеснение («сопротивление»). Поскольку «Я» отражает требования внешнего мира и является источником вытесняющих тенденций, сущность коллизии сводится к борьбе эндогенного с экзогенным, биологического с социальным. Однако дело заключается не столько в качестве подлежащих вытеснению влечений, а в их количественной интенсивности, что и обуславливает неудачное вытеснение их. Другими словами, если необходимость вытеснения определенных влечений обусловлена неприемлемостью их для «Я» (с социальной точки зрения), т.е. качественным моментом влечений, то «конфликт» может быть обязан силе этих влечений, поскольку они противостоят окончательному вытеснению, т. — е. количественному моменту).

Таким образом, психический «конфликт» обусловлен, эндогенным моментом, поскольку количественные особенности влечения определяются унаследованной конституцией и экзогенным, т.е. социальным.

Так как подлежащие вытеснению влечений представляют собой филогенетически более древние явления, то количественное преобладание этих влечений сводится к соотношению интенсивности в данной конституции более древних и более поздних филогенетических элементов.

Сущность невроза, с биологической точки зрения, следовательно, сводится к сохранению в конституции невротика в относительно более интенсивном состоянии филогенетически более древних моментов (влечений), которые встречают недостаточно силы для своего подавления в процессе онтогенеза.

Таким образом, понятие «дегенерации» получает конкретное содержание: смысл «дегенерации» в случае невроза сведется к

задержке в психике архаических влечений, которые в «норме» должны были подвергнуться вытеснению.

С этой точки зрения становится понятным, почему невротик «фиксирован» на инфантильных влечениях и в симптомах возвращается к ним, ибо подлежащие вытеснению инфантильные влечения и составляют архаическое наследство человечества. Таким образом, с онтогенетической точки зрения невроз заключается в том, что у невротика количественно более выражены определенные инфантильные моменты, сохраняющиеся в бессознательном в известном актуальном, т. — е. неокончательно подавленном состоянии, в более поздние периоды жизни (развития).

С психологической точки зрения, невроз характеризуется преобладанием поведения, связанного с определенным не окончательно вытесненным инфантильным влечением (или несколькими таковыми).

Из сказанного вытекает и объективный социальный критерий (теоретический). Поскольку архаические (resp. инфантильные) влечения, подлежащие вытеснению, соответствуют весьма отдаленным периодам жизни человека, а следовательно, и условиям его общественного существования, то они объективно являются, с точки зрения современного периода человечества, не соответствующими социальным условиям.

В случае интенсивного («реактивного») вытеснения этих влечений возникают новые образования („влечения») противоположного характера— («гиперморальные»); при сохранении этих влечений в невытесненном виде—мы будем иметь патологические характеры а—и антисоциального направления. Но и «гиперморалист»—тоже психопат.

Таким образом, обе точки зрения — биогенетическая, психогенетическая— имеют своим основанием биологию, что обуславливает их методологическое единство в данном вопросе.

Изложенное понимание психопатии дает нам указания для изучения отдельных форм ее. Задача заключается в том, чтобы выяснить генез (психический) отдельных свойств психопатической личности, найти их биологический источник и таким путем психологическую проблему связать с конституциональной (resp биологической).

Литература).

1. Фрейд. «Психопатология обыденной жизни» (изд. «Современные проблемы»).

2. Его же. «Толкование сновидений». М. 1913 г.
3. Его же. «Очерки по психологии сексуальности». Сборник под ред. Ермакова. 1923 г.
4. Его же. «Лекции по введению в психоанализ», т. II, перев. д-ра Вульфа. 1922 г.
5. Его же. Bruchstück einer Hysterieanalyse (Samml. klein. Schriften. II Folge).
6. Его же. «Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose» (в Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen. I Band). 1909.
7. Его же «Aus der Geschichte einer infantilen Neurose» в Sammlung klein. Schriften. V Folge. 1922 (Int. Psychoanal. Verlag).
8. Его же. «Основные психологические теории в психоанализе» (сборник под ред. Ермакова). 1923 г. М. (Особенно о «бессознательном» и «вытеснении»).
9. Его же. «Jenseits des Lustprinzips». 2. Auflage. 1921 (Intern. Psychoanal. Verlag.).
10. Его-же. «Я и оно», изд. «Academia», Ленинград. 1924г. Лучше в оригинале).
11. Сборник «Психоанализ и учение о характерах» под ред. Ермакова. М. 1923 г.
12. Jung. Die Psychologie der unbewussten Prozesse. 1917.
13. Otto Rank и Hans Sachs. «Значение психоанализа в науках о духе». Спб.
14. Фрейд. «Культурная» сексуальная мораль и современная нервозность» («Психотерапия» 1912 г. No 1).

**Экспериментальные исследования
над мысленным внушением**

**Труды клиники
на девичьем поле**

П.Б. Ганнушкин

Под мысленным внушением понимают такую передачу мыслей и чувств от одного человека к другому, которая предполагает наличие иных, еще неизвестных нам путей передачи. Во всяком случае известные нам восприятия обычных органов чувств при этом: никакой роли не играют. Что же касается до предположений о механизме такой передачи, то здесь недостатка в гипотезах не было. Электромагнитные волны, распространяющиеся непосредственно от мозга к мозгу, мозговая эманация, N-лучи, магнетический ток и др.

Месмеризм с самого начала исходил из чудесного. Поскольку сам гипноз с точки зрения последователей Месмера выявляет собой таинственное влияние одного человека на другого, вследствие наличия особого магнетического флюида, постольку понятны все необычайные явления мысленного внушения на ряду с другими проявлениями телепатии, которые мы находим у всех месмеристов. С тех пор много времени прошло. Нансийская школа разъяснила гипнотические явления, сделала их объектом строгого научного исследования, показала, что гипноз является чисто психологической проблемой, исчерпывающе объясняющейся наличием известной нам психической жизни человека. Все научные гипнологи: Льебо, Вернгейм, Веттерштрэнд, Фогт, Форель и др., несмотря на тщательные поиски, ни в одном случае бодрствующего состояния и гипноза не могли обнаружить мысленного внушения или какого-нибудь явления телепатии. А названные выше лица загипнотизировали вместе не менее 7.000 человек. Казалось бы, теперь мы меньше всего могли ожидать возврата к прошлому. Тем не менее, 2-й Всероссийский Психо-Неврологический съезд, бывший в январе 1924 г. в Ленинграде, установил наличие мысленного внушения, основываясь, главным образом, на работах Бехтерева и его школы. Очевидно, вера в необычное бежит впереди фактов, или вернее, подсказывает несуществующие факты и мы считаем своей задачей показать здесь, какие ошибки в умозаключениях и опытах породило неправильное представление о наличии мысленного внушения.

D-r Albert Moll в своей книге «Гипнотизм», издания 1909 г. и 1924 г., анализируя весь имеющийся в литературе материал, приходит к заключению, что мысленное внушение ни в одном случае не было доказано. Левенфельд в своей книге «Гипноз и внушение» приходит к аналогичному заключению, но делает почему-то исключение для случаев усыпления на расстоянии; «в этих фактах наличие мысленного внушения имеется». Проф. Платонов, как известно, тоже производил усыпление на расстоянии на 2-м Психо-Неврологич. съезде и тоже был убежден, что демонстрирует мысленное внушение. А между тем легко показать в чем заключается здесь ошибка в наблюдении.

Кроме того, имеется серия из 9 опытов — 2 удачных и 7 неудачных и серия в 7 опытов — 2 удачных и 5 неудачных опытов. Время всех этих опытов не указано. Все опыты с сомнамбулой Leonie. С другими лицами была постоянная неудача.

Итак, всего имеется 54 опыта, из них 18 удачных. Преждевременные и сомнительные засыпания считаем, конечно, за неудачи. Рише полагает, что число удачных опытов очень велико и свидетельствует о несомненном внушении на расстоянии, ибо случайность здесь должна быть необычайно

малой, всего ЮЦЦТХХТ Выходит из миллиона опытов только один удачный.

Присмотримся поближе к самой обстановке и к результатам опытов. Объектом опытов служила сомнамбула Leonie, которую Рише неоднократно усыплял и которая повидимому очень часто сама имела привычку произвольно засыпать. Контрольных исследований как часто она в день засыпает без всякого внушения не было сделано. А между тем, это служит большим пробелом для суждения о случайности совпадения.

Во-вторых, если обратим внимание на 18 удачных засыпаний, мы увидим, что 12 из них, т. — е. 70 %, приходятся на одно и то же время между 3^h5' и 4^h25'. Получается впечатление, что здесь как со стороны индуктора Рише, так и со стороны перципиента Leonie созданлся род привычки. Возможно, что это послеобеденное время удобно и для того, чтобы соснуть и для того, чтобы производить опыты. Данный промежуток времени из расчета поэтому следует исключить. Тогда у нас останется 6 удачных и 32 неудачных опыта. Но в числе этих 6-ти, четыре опыта в неизвестное время. Быть может, они как раз приходятся опять на привычное время. Если их откинуть, остается 2 удачи на 20 — 30 неудач.

В третьих, вероятность совпадения по крайней мере в 1000 раз больше, чем считает Рише. У него неправильно рассчитано. В самом деле, мы считаем удачным засыпание, происшедшее в пределах часа после внушения. Опыты происходили между 11^h 30 утра и 9^h вечера. Вероятность совпадения будет при таких условиях $\sim$. Т. — е. из 160 опытов один удачный, если внушение производится строго по жребию и сомнамбула засыпает только один раз в день. Если она засыпает несколько раз, то вероятность во столько же раз увеличивается. При этом должна быть строгая уверенность, что сомнамбула не знает, что ее усыпляют, и не может сообразить, какое время наиболее подходит для этого.

Таким образом результат: 2 удачи на 30 неудач в лучшем случае ничего не доказывают. Во всяком случае наличности мысленного внушения он доказать не может.

Опыты проф. Платонова на 2-м Психо-Неврологическом съезде производились без соблюдения каких-либо строгих экспериментальных условий и скорее носили характер демонстраций. Во всяком случае из них убедительных данных в пользу мысленного внушения почерпнуть нельзя. Ибо если сомнамбула знает или подозревает, что ее на расстоянии усыпляют, она непременно будет засыпать и просыпаться. А для доказательства мысленного внушения требуется такая точность в совпадении времени засыпания и пробуждения и такие

гарантии в отсутствии возможных ошибок, которых у Платонова не было. Вообще усыпление на расстоянии слишком сложный опыт, чтобы годиться для доказательства чего бы то ни было, в случаях, когда сомнамбула живет вблизи и под контролем индуктора, она знает образ жизни последнего и подсознательно может догадаться о моменте, когда он захочет ее усыпить. Когда сомнамбула живет у себя, трудно проследить ее образ жизни.

Комиссия по изучению мысленного внушения при Московском Гипнологическом О-ве, работавшая под моим председательством, проделала со своей стороны ряд экспериментальных исследований над мысленным внушением. Мною была предложена следующая схема опытов, которая была сравнительно проста, легко поддавалась контролю, а с другой стороны, позволяла математически обработать полученный результат. Сомнамбула усыплялась. Ей (или ему) внушалось, что она будет чутко воспринимать мысленное внушение ее загипнотизировавшего индуктора. Затем давался в руки секундомер с внушением нажать его, когда почувствует, что следует сделать это. Индуктор — гипнотизер брал в руки другой секундомер и уходил в далекую комнату (иногда это была 5-я комната при четырех запертых дверях). В определенный момент времени индуктор нажимал свой секундомер и в то же время посылал сомнамбуле мысленное внушение сделать то же самое. Сомнамбула большей частью секундомер нажимала. Оставалось сравнить время посылки и приема сигнала. Опыт внешне был очень эффектен и производил на участников впечатление наличия несомненного мысленного внушения.

В пяти случаях сигнал, как ему полагается, пришел после внушения и в 11 случаях раньше. Там, где разница составляет только 0,2» и 0,5», ввиду малости промежутка времени, будем считать сигнал пришедшем одновременно с внушением. Тогда получим: в 7 случаях сигнал пришел после внушения в среднем через 5»,2 и в 9 случаях сигнал пришел раньше внушения в среднем 7,1. Первое впечатление то, что мы имеем наличие мысленного внушения, при чем число удачных опытов составляет 44% — цифра очень большая, так как другие исследователи довольствовались меньшим результатом. Члены комиссии, сторонники мысленного внушения, старались объяснить сигналы, пришедшие раньше, в том смысле, что здесь индуктор думал непроизвольно о внушении, не нажимая еще секундомера, и мог воздействовать на перцептора. В виду таких соображений опыт был изменен. Индуктор уходил без секундомера, который находился у ассистента. Индуктор, удалившись, садился за стол и читал книгу, а в нужный момент, установленный по жребию, получал от ассистента секундомер и посылал сигнал.

Кроме того, мы обратили внимание на следующее

обстоятельство: хотя в предыдущих опытах индуктору была предоставлена возможность посылать сигналы когда угодно, он посылал их в пределах одной минуты, немного раньше—немного позже. Поэтому мы задались большим промежутком в 5 минут, в пределах которых жребий указывал нужный момент. Вторая серия опытов с той же сомнамбулой А. К. дала несколько иные результаты.

Всего было проделано 25 опытов, из них 3 неудачных (помешали). В 7 случаях сигнал пришел после, в среднем на 45», и в 15 случаях сигнал пришел раньше, в среднем на 74». Число преждевременных сигналов, как видим, несколько не уменьшилось от перемены обстановки опытов, зато среднее расхождение отправления и получения увеличилось в 10 раз.

Такой результат с точки зрения мысленного внушения совершенно непонятен, зато с точки зрения случайного совпадения вполне объясним.

Всего таких опытов, не считая установочных, комиссией было сделано 87.

По теории вероятности, при случайном совпадении, число раньше и позже пришедших сигналов так же, как и время расхождения должно быть одинаково. Результаты, полученные здесь, близки к этим данным и расхождение объясняется только небольшим числом опытов. Можно проанализировать и более подробно полученный материал с точки зрения вероятности, например: число сигналов, пришедших раньше или позже в пределах такого-то времени; полученные результаты близки к теоретическим.

Главное достоинство произведенных нами исследований заключалось в том, что ответы регистрировались без всякой предвзятой мысли —обстоятельство, обесценивающее большинство ранее опубликованных работ. У нас не было ни плохих, ни хороших дней —всякий опыт тщательно регистрировался и поступал затем в общую обработку.

Интересно отметить, что у сомнамбул несмотря на глубокий сон все-таки остается некоторая связь с верхним сознанием. Внушение нажать секундомер, когда почувствует сигнал, сомнамбула понимает, повидимому, просто как приказание нажать секундомер. И она действительно его нажимает, хотя никакого внушения воспринять не может. Спрашивается, в какой момент в пределах 5 минут будет сомнамбулой исполнено внушение нажать секундомер? В начале нажать — слишком рано. В конце — слишком поздно. Очевидно психологически наиболее приемлемое время как раз в середине этого срока через 2 30». И действительно это время реакции от 2 до 3

встречается очень часто.

Однажды нами был сделан следующий проверочный опыт. Сомнамбула Б. С. нажимала несколько раз в пределах 2. Тогда ее предупредили, что промежуток будет увеличен до 10. Получилось нажатие 5, 4», когда я сам в качестве индуктора послал сигнал 4 27». Повидимому и я лично для нового срока бессознательно выбрал наиболее приемлемый момент (в этом опыте жребия не было). Вообще как наши опыты, так и все другие опыты, если они описаны без предвзятых мыслей, дают богатый материал для психологических заключений и, конечно, никакого для установления телепатии.

Рассмотрим теперь опыты Бехтерева и его школы. Сперва идут исследования Бехтерева мысленного внушения животным. Известные опыты с дрессированными животными Дурова. Собаке смотрят в глаза и мысленно внушают исполнить то или другое. Собака обычно исполняет приказание. Здесь перед нами обстановка, обуславливающая мимические сигналы, которыми руководится собака. Собственно это повторение в другой форме опытов с чтением мыслей, которые в 1874 г. Впервые проделывал американец Браун, а в 1881г. англичанин Бишоп. Американский невропатолог Бирд в свое время исчерпывающе объяснил явление чтения мыслей, указав, что перцептор улавливает бессознательные мышечные движения индуктора, когда последний думает о задании (muscle-reading). К этому заключению присоединились английские ученые Робертсон, Гальтон, Ланкестер, Романее. Проф. Прейер построил специальный прибор для этой цели, с которым работал проф. Тарханов.

Бехтерев старался исключить сигналы тем, что между индуктором и собакой ставились экраны всякого рода. Экраны небольшие, закрывающие только лицо индуктора. Собака прислушивается к дыханию последнего, улавливает движение его тела и получает много указаний, достаточных для чуткого животного. Весь материал исследований над животными, который приводит Бехтерев, исчерпывающе объясняется сигналами всякого рода. Всякому непредубежденному наблюдателю, присутствующему хоть раз на таких опытах, это становится сразу ясным.

В «Общих основах рефлексологии человека», изд. 1923 г., Бехтерев приводит опыты с мысленным внушением над человеком. Эти опыты напоминают опыты супругов Сайджуик и заключаются в том, что перед перцептором находились от 12 до 8 различных предметов и индуктор, бывший в той же комнате, внушал какие 4 предмета следует перцептору взять.

Положительные заключения, которые Бехтерев выводит из этих

опытов, основываются на слишком малой вероятности, вычисленной им для данного случая. На самом деле вероятность совпадения здесь очень большая, если внушенные 4 предмета находятся рядом. Она еще больше, если при втором внушении задаются новые предметы, не вошедшие в первую четверку. Кроме того, не исключена возможность и мимических сигналов. Таким образом, число совпадений 30% очень близко к теоретической вероятности и эти опыты ничего не доказывают.

Для случая нахождения индуктора и перцептора в разных комнатах проделано 4 опыта: два вышли, два не вышли, что, конечно, ничего не прибавляет к вышесказанному.

На 2-м Психо-Неврологическом съезде В. А. Подерни прочел доклад, озаглавленный: «Исследование явлений церебральной индукции и перцепции на человеке». Речь идет о 16-месячной работе комиссии мысленного внушения под председательством докладчика, поставившей целью своей работы исследование самих условий передачи мыслей и разработку методов исследования, считая факт непосредственной передачи мысли и мысленных импульсов, установленный опытами акад. Бехтерева.

I. Период работ — авторефлекторная индукция. Это мысленное внушение в чистом виде. Индуктор смотрит на рисунок или какой-нибудь образ и внушает его перцептору. Продолжение опытов Рише и его последователей д-ра Котика и др. с теми же ошибками в постановке опыта (одна комната, цепь и пр.) и в умозаклечениях. Перечисление всех опытов комиссии в докладе не приводится. То, что приводится, говорит о некотором сходстве между индуцированным и воспринимаемым образом. Совпадение некоторых частей в образах между собой принимается за удачу. Расчета вероятности простого совпадения не приводится. Как это следует из некоторых приведенных примеров (напр., опыт 26/ix 22 г.), эта вероятность очень велика.

II. Рецепторная индукция — индуктор созерцает образ, но мысленного внушения не делает. Около индуктора находится ассистент с секундомером и отмечает время появления разных ассоциирующих образов со слов индуктора. Около перцепиента находится также ассистент с секундомером и отмечает время появления разных образов со слов перцепиента. Совпадение тех и других отмечается либо как синхронная, либо как асинхронная перцепция. Время созерцания продолжалось до 30 минут. За это время большое количество образов проходит в сознании у того и другого. Что-нибудь совпадает. Какова вероятность подобного совпадения в случае простой случайности? Очень большая — особенно, если стать на точку зрения Подерни, который не требует абсолютного сходства (оно никогда здесь не бывает), а только наличия нескольких общих деталей. Даже в случаях

явного расхождения, Подерни, продолжая ошибки Р и т е, находит сходство и отыскивает такие детали в образе индуктора, которые тот сам не видел.

III. Асинхронная реакция перципиента—на голову индуктору надевается восковой шлем и индуктор думает о каком-нибудь образе. Затем этот шлем одевают перципиенту и отмечают по часам, когда перципиент назовет образ, близкий к образу индуктора. Время, в течение которого записывались образы перцептора, было около 10 минут. Вероятность, что за это время появится сходство между образами индукторами и перцепторами, очень велика, особенно, если считать, как это делает Подерни, за удачи такие случаи, когда «образ, возникший у перципиента, относится не к данному объекту фиксации, а к предшествующему объекту, с которым данный объект фиксации у индуктора имел ту или иную сочетательную связь».

Свой доклад Подерни заканчивает выводом: «произведенные секцией опыты подтверждают возможность передачи одним организмом другому, непосредственно от мозга к мозгу, как мысленных образов и эмоциональных состояний, так и двигательных импульсов». А затем приводит следующие общие замечания:

1. «Отмечается чрезвычайная капризность явления».
2. «Отмечается, что легче всего передается то, на что сосредоточение индуктора непосредственно направлено не было, но что почему-либо вызвало его неожиданную сильную спонтанную реакцию (внезапная мысль, желание скрыть, неожиданно замеченная деталь)... Можно как угодно долго и упорно смотреть на какую-либо даже очень яркую и крупную деталь с желанием передать ее перципиенту — но из этого может ровно ничего не выйти; и обратно — часто передаются такие детали, на которые во время опыта индуктор не обратил никакого внимания и которые им были замечены лишь после опыта, когда он познакомился с ответами перципиента».

Всякому научно-мыслящему исследователю станет ясным, что общие замечания в корне уничтожают основной вывод, ибо замечания 1 и 2 означают только одно: наличие случайного совпадения и отсутствие закономерного явления.

Таким образом, мы приходим к следующему заключению: весь материал, имеющийся в литературе по исследованию мысленного внушения, не дает никаких убедительных доказательств существования такового. Те исследователи, которые утверждают, что ими наличие мысленного внушения доказано, неверно понимают значение своих экспериментов и не

замечают ошибок в постановке опытов и в своих умозаключениях. Главные ошибки в экспериментальной части заключаются в наличии наводящих сигналов всякого рода: звуковых, осязательных, слуховых и пр. Ошибки в умозакключениях, повторяющиеся у целого ряда авторов: Рише, Котик, Подерни и др.. состоят в том, что явление, подлежащее доказательству, подтверждается положениями, в которых скрытно содержатся недоказанные гипотезы.

Все явления, связанные с гипнозом и внушением, исчерпывающе объяснены воздействием на обычные органы восприятия у человека и ни в каких добавочных предположениях о существовании особого влияния на человека со стороны другого не нуждаются.

Мысленное внушение по традиции перешло к нам со времен меслеризма. На самом деле оно не существует.

Физический Институт I Моск. Университета.